

Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia



Trabajo de Fin de Máster

Prevención de la obesidad en población preescolar en situación de vulnerabilidad: diseño de una intervención innovadora de Educación para la Salud en base al análisis de los determinantes socioeconómicos y de las oportunidades de acción.

María Agustina Aráoz

Tutorizado por: Dr. Santi F. Gómez

Curso 2019-2020

7 de julio de 2020

Agradecimientos

Quiero agradecer al Dr. Santi F. Gómez, por guiarme en este proceso con cercanía y generosidad de sus conocimientos. Ha sido un camino de mucho aprendizaje que culmina con motivación para seguir aprendiendo, y eso, es gracias a él.

A la unidad de Relaciones Internacionales de la Universitat de Lleida, por haberme ayudado a cumplir este proyecto.

A la Gasol Foundation y a todo su equipo, por abrirme sus puertas y contribuir a que este trabajo fuera posible.

A Tomás Roldán, por animarme a hacer realidad mis sueños y acompañarme a lograrlos.

A mi familia y mis amigas que, estando cerca o lejos, confían en mí, me apoyan y me transmiten su cariño.

Muchas gracias

Resumen

Introducción

La obesidad infantil es una epidemia a nivel mundial. Presenta un gran reto para la salud pública actual, ya que condiciona la salud y el desarrollo de la sociedad. La evidencia científica destaca a la primera infancia como un momento de especial relevancia para la prevención de la obesidad. En este trabajo se realiza un estudio de asociación entre estado ponderal de los niños y niñas y el nivel socioeconómico, se exploran las características que debería tener un programa de prevención de la obesidad infantil en la primera infancia y se realiza un diseño de programa dirigido a este grupo etario.

Metodología

Se realizó un análisis de asociación entre los datos antropométricos del Estudio SantBoiSà y los niveles de renta media por hogar y por persona del Instituto Nacional de Estadística de España. Se diseñó y distribuyó una encuesta en línea, dirigida a madres, padres o tutores/as legales de niños y niñas menores de 6 años y a profesionales abocados a la primera infancia y se analizaron los resultados. Se diseñaron las bases de un programa para la prevención de la obesidad desde la primera infancia y se contrastaron con los resultados de la encuesta.

Resultados

Se encontró que existe una asociación estadística entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de obesidad severa en niños y niñas. Se conocieron las percepciones y opiniones de los adultos que forman parte del entorno de los niños y niñas pequeños, encontrando diferencias y similitudes según el perfil de los participantes. Entre el diseño del programa y los resultados de la encuesta se encontraron características a mantener y características a reevaluar previamente a la implementación.

Discusión

En este trabajo se ha profundizado en las oportunidades de prevención de la obesidad infantil en la primera infancia, etapa que podría ser clave para prevenir el avance de la obesidad. Es preciso reconocer la relación entre esta patología y las desigualdades socioeconómicas y plantear las estrategias de Educación para la Salud desde una mirada social.

Índice

Agradecimientos	II
Resumen.....	III
Índice de Tablas.....	VI
Índice de Figuras	VIII
Introducción	1
Fundamentación teórica: Modelo Precede.....	1
Fase 1: Consecuencias de la obesidad infantil en la salud y en la calidad de vida.	1
Fase 2: Epidemiología de la obesidad infantil.....	2
Fase 3: Determinantes del entorno, comportamiento, ambiente	4
Fase 4: Factores predisponentes, reforzadores y facilitadores	5
Programas de prevención de la obesidad en la primera infancia	8
Justificación	10
Objetivos	12
Nota aclarativa sobre la cronología del desarrollo del trabajo	14
Metodología	15
Metodología Objetivo 1 Asociación entre estado ponderal y nivel socioeconómico	15
Tipo de estudio.....	15
Población y muestra	15
Variables	15
Análisis de datos.....	16
Metodología Objetivo 2 Exploración de las características del programa	17
Tipo de estudio.....	17
Población y muestra	17
Recogida de información	17
Análisis de datos.....	17

Metodología Objetivo 3 Diseño del programa	18
Tipo de estudio.....	18
Criterios de inclusión y exclusión	18
Análisis de datos.....	18
Resultados	20
Resultados Objetivo 1 Asociación entre estado ponderal y nivel socioeconómico.....	20
Análisis descriptivo.....	20
Análisis bivariado.....	23
Resultados Objetivo 2 Exploración de las características del programa	28
Análisis descriptivo.....	28
Análisis de las respuestas	32
Análisis bivariado.....	46
Resultados Objetivo 3 Diseño del programa	52
Programa diseñado antes de la evaluación formativa.....	52
Análisis comparativo	57
Discusión	59
Bibliografía.....	62
Anexos	66

Índice de Tablas

Tabla 1: Características de la muestra en cada año del estudio SantBoiSà.....	15
Tabla 2: Datos basales de la muestra	20
Tabla 3: Distribución por escuelas de los niños/as participantes en el estudio SantBoiSà.....	20
Tabla 4: Prevalencia de obesidad abdominal	22
Tabla 5: Renta media por persona y por hogar según cuartil de ingresos.....	23
Tabla 6: Renta media por persona y por hogar según cuartiles agrupados.....	23
Tabla 7: Renta media por persona y por hogar según estado ponderal de los niños/as.....	24
Tabla 8: Distribución de la prevalencia de los estados ponderales por cuartil de ingreso	25
Tabla 9: País de residencia de las madres, padres o tutores participantes	29
Tabla 10: Cantidad de hijos de los participantes	30
Tabla 11: País de residencia de los profesionales participantes.....	31
Tabla 12: Tipos de profesionales participantes	31
Tabla 13: Comentarios sobre la modalidad mixta de sesiones. Madres padres o tutores	33
Tabla 14: Lugares para la implementación de las sesiones según rol.....	39
Tabla 15: Herramientas digitales propuestas según rol	40
Tabla 16: Planetas de la Galaxia saludable y temáticas consultadas.....	41
Tabla 17: Barreras para el cambio - Madres, padres y tutores	45
Tabla 18: Barreras para el cambio - Profesionales.....	46
Tabla 19: Edad de inicio al programa según Género de madres, padres o tutores.....	47
Tabla 20: Horario de las sesiones según Género de madres, padres o tutores	48
Tabla 21: Prevalencia de la barrera Falta de apoyo social según Género de madres, padres o tutores	48
Tabla 22: Prevalencia de la barrera Falta de recursos económicos según Género de madres, padres o tutores	49
Tabla 23: Horario de las sesiones según el nivel de estudio de madres, padres o tutores	49
Tabla 24: Impacto de la barrera Falta de recursos económicos según el nivel de estudio.....	50
Tabla 25: Puntajes de valoración de barreras para el cambio según nivel de estudios	50
Tabla 26: Prueba T para la igualdad de medias de Puntajes de valoración de barreras para el cambio según nivel de estudios de madres, padres o tutores	51
Tabla 27: Cronograma de implementación de los talleres.....	56

Tabla 28: Estructura básica de los talleres	57
Tabla 29: Análisis comparativo de las características del Programa diseñado y los resultados de la evaluación formativa.....	58

Índice de Figuras

Figura 1: Esquema modelo de evaluación global del ambiente del desarrollo temprano de la niñez [TEAM-ECD].....	4
Figura 2: Género de los participantes en el estudio SantBoiSà	21
Figura 3: Estado ponderal de los niños/as del estudio SantBoiSà	22
Figura 4: Distribución del estado ponderal de los niños/as en los cuartiles de ingresos según renta media por persona	25
Figura 5: Prevalencia de obesidad severa según cuartiles de nivel de renta media por persona	26
Figura 6: Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa según categorías de renta media por persona	27
Figura 7: Prevalencia de obesidad abdominal según categorías de renta media por persona.....	27
Figura 8: Género de los participantes de la encuesta	28
Figura 9: Rol de los participantes de la encuesta.....	28
Figura 10: Nivel máximo de estudios alcanzado por las madres, padres o tutores legales participantes de la encuesta	30
Figura 11: Preferencia de modalidad de las sesiones - Madres, padres o tutores.....	32
Figura 12: Preferencia de modalidad de las sesiones – Profesionales.....	34
Figura 13: Preferencia de duración de Programa según rol	35
Figura 14: Preferencia de edad infantil para el inicio del Programa según rol	36
Figura 15: Frecuencia de las sesiones según rol	36
Figura 16: Duración de las sesiones según rol	37
Figura 17: Días más apropiados para la realización de las sesiones según rol	38
Figura 18: Horario más apropiado para la realización de las sesiones según rol	38
Figura 19: Utilidad de la incorporación de herramientas digitales al programa según rol.....	40
Figura 20: Media del nivel de desafío que suponen ciertas temáticas en el acompañamiento del crecimiento de los niños/as según rol	42
Figura 21: Importancia de los primeros años de vida para prevenir la obesidad - Madres padres o tutores.....	43
Figura 22: Importancia de los primeros años de vida para prevenir la obesidad – Profesionales	43

Figura 23: Presencia de aspectos a mejorar en la crianza de los niños/as según rol44

Introducción

Fundamentación teórica: Modelo Precede

Fase 1: Consecuencias de la obesidad infantil en la salud y en la calidad de vida.

La obesidad infantil es, según la Organización Mundial de la Salud, uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y su abordaje es urgente al estar proporciones alarmantes en muchos países del mundo (1).

El sobrepeso y la obesidad son problemas importantes para la salud de los niños/as, que causan efectos en la infancia y en los años posteriores de la vida. Durante la infancia, el sobrepeso y la obesidad pueden conducir a numerosas afecciones médicas, incluyendo complicaciones gastrointestinales, musculoesqueléticas y ortopédicas, el inicio temprano de la diabetes tipo 2 y problemas conductuales y emocionales, como la depresión y la estigmatización (2). La obesidad infantil puede ser un factor de riesgo para una mayor mortalidad en niños/as hospitalizados con enfermedades críticas, diagnósticos oncológicos o trasplantes (3).

La obesidad infantil también está relacionada con problemas psicológicos y sociales. Los niños/as obesos tienen más probabilidades de experimentar problemas psicológicos o psiquiátricos que los no obesos. Las niñas corren mayor riesgo que los niños y el riesgo de morbilidad psicológica aumenta con la edad. La obesidad se encuentra asociada con baja autoestima y problemas de comportamiento (4).

El exceso de adiposidad en la juventud es un marcador de aumento del riesgo cardiovascular metabólico en adolescentes y adultos. Existe una fuerte asociación entre la obesidad pediátrica y la obesidad en la adultez y el desarrollo futuro de enfermedades y un mayor riesgo de muerte (5). A largo plazo, el sobrepeso y la obesidad en la niñez aumentan cinco veces el riesgo de sobrepeso en los adultos (5) y se asocia con una variedad de trastornos metabólicos en la edad adulta, como diabetes, accidente cerebrovascular, triglicéridos altos, enfermedad cardíaca e hipertensión (6), pudiendo ocasionar consecuencias graves en la salud y a nivel económico (2).

La obesidad puede ocasionar la pérdida de días de trabajo, una menor productividad en el trabajo y el aumento de la discapacidad permanente y de la mortalidad. El impacto de estos costos en el producto interno bruto (PIB) de un país puede ser considerable. Se estima que el impacto económico global de la obesidad es de US \$ 2 billones o 2.8 por ciento del PIB mundial, aproximadamente el mismo costo económico que fumar o un conflicto armado. Acumulativamente, el impacto estimado en la economía global de las diferentes formas de malnutrición podría ser tan alto como US \$ 3.5 trillones al año, o US \$ 500 por cada individuo (2).

Fase 2: Epidemiología de la obesidad infantil

En el Mundo:

UNICEF, la OMS y el Banco Mundial (7) evidencian que, en el mundo, aproximadamente 1 de cada 3 niños/as de 0 a 5 años no está creciendo adecuadamente. Se estima que el 5,9 % o 40 millones de niños/as menores de 5 años tenían sobrepeso u obesidad en 2018 (7) (definidos como la proporción de niños/as que presentan valores tipificados de peso para la estatura con más de 2 DE y más de 3 DE, respectivamente, con respecto a la mediana establecida en los patrones de crecimiento de la OMS).

El número de niños/as con sobrepeso ha aumentado en todos los continentes. Según las tendencias recientes, el número de menores de 5 años con sobrepeso aumentará de 40 millones de niños/as a 43 millones para 2025 (2).

En Europa:

Las estimaciones de prevalencia de sobrepeso u obesidad en niños/as europeos (de 2 a 7 años) durante el período 2006–2016 fue del 17,9%, y la estimación de prevalencia de obesidad fue del 5,3%. Los países del sur de Europa, entre los que se encuentra España, mostraron la mayor prevalencia de exceso de peso (8).

En España:

Según el estudio nutricional de la población española de 2015 (9), la prevalencia de exceso de peso en población infantil de 3 a 8 años es del 39,8%. Si se observa el grupo de 3 a 18 años de edad, un 21,8% tiene sobrepeso y un 13,3% obesidad, lo que suma un 35,1% de exceso de peso. Para el grupo de edad de 3 a 8 años la cifra es superior a la de los más mayores, de 9 a 18 años, correspondiendo al 34%.

Una referencia representativa sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil en España es el estudio ALADINO 2015 que reporta datos a la iniciativa europea COSI. Según este estudio liderado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el porcentaje de niños y niñas que presentan sobrepeso u obesidad entre los 6 y los 9 años de edad es del 23,2 % (22,4 % en niños y 23,9 % en niñas), y la prevalencia de obesidad fue del 18,1 % (20,4 % en niños y 15,8 % en niñas), utilizando los estándares de crecimiento de la OMS (10).

En el estudio PASOS 2019 de la Gasol Foundation (11), la prevalencia de exceso de peso, para la población infanto-juvenil (8 a 16 años) en España, es de un 34,9%. Esta cifra está conformada por un 20,7% de niños/as y adolescentes que presentan sobrepeso y un 14,2% que presentan obesidad. En este estudio se incorpora el análisis de la prevalencia de obesidad abdominal medida según el coeficiente de la circunferencia de cintura (CC) respecto a la talla, demostrando que un 24,6% de la población infantil y adolescente en España presenta una acumulación excesiva de grasa en el perímetro abdominal, lo que se considera obesidad abdominal. La diferencia entre la prevalencia de obesidad infantil medida según el IMC o según CC/talla es de un 10,4%.

En Cataluña:

En 2017, un tercio de los niños y las niñas de entre 6 y 12 años tenía exceso de peso. La prevalencia era más elevada en las clases más desfavorecidas y menor cuando la madre tenía estudios universitarios. La obesidad afectó más a los niños (15,4%) que a las niñas (8,5%). Respecto al 2006, la prevalencia de la obesidad mostró una evolución descendente (12).

Según los resultados de la encuesta de salud de Cataluña (ESCA), durante el periodo 2017-2018 en la población de 0 a 14 años la prevalencia de sobrepeso fue del 20.7 % y la de obesidad el 12.5 %.

En Sant Boi de Llobregat (Barcelona):

La Gasol Foundation junto con el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat elaboraron el estudio SantBoiSà, un estudio de cohortes sobre la salud infantil, los determinantes de estilos de vida y la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. En el año 2018, participaron un total de 968 niños y niñas de 3 a 6 años, de los cuales un 26,3% presentaron sobrepeso u obesidad. Del total un 15,8% correspondió al sobrepeso y un 10,5%, a la obesidad (13).

Fase 3: Determinantes del entorno, comportamiento, ambiente

La obesidad infantil es una consecuencia de múltiples factores y el resultado de la interacción de todas las esferas que influyen el desarrollo de los niños/as en la primera infancia. En virtud del esquema (ver Figura 1), una variedad de esferas de influencia, interactuantes e interdependientes, son decisivas para el desarrollo de los niños y niñas durante la primera infancia. Estas esferas engloban al individuo, la familia y la vivienda; las comunidades residenciales y relacionales; los programas y servicios de desarrollo de la primera infancia, y los ámbitos regional, nacional y mundial. En cada una de estas esferas, factores sociales, económicos, culturales y de género inciden en sus cualidades (14).

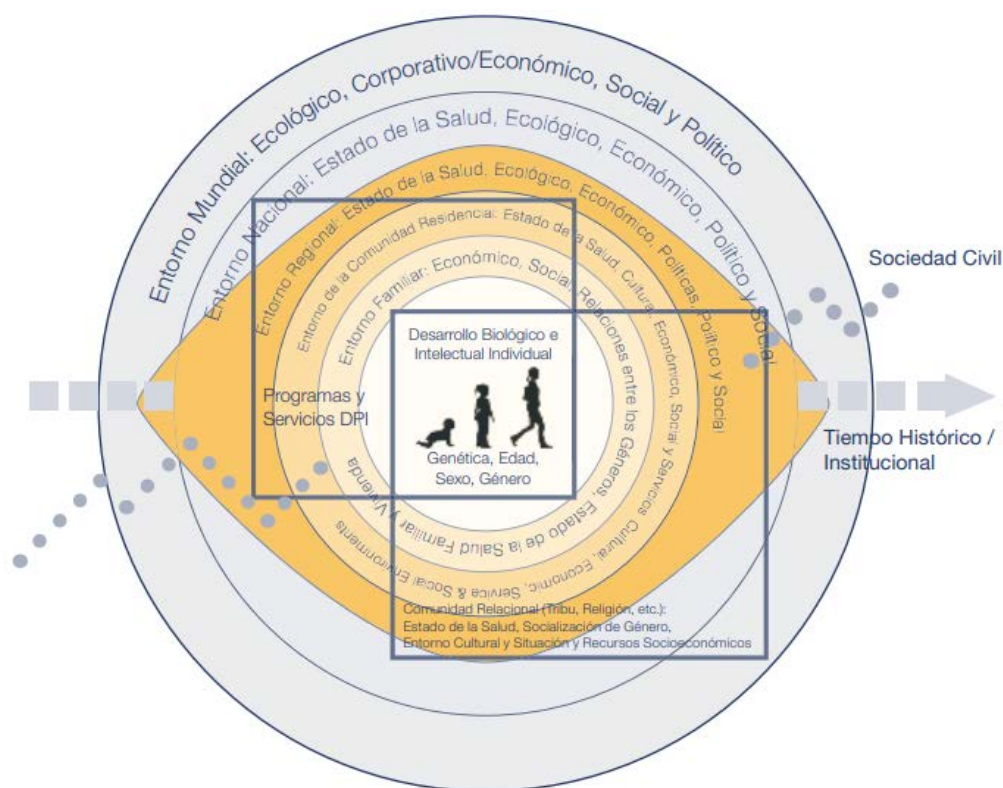


Figura 1: Esquema modelo de evaluación global del ambiente del desarrollo temprano de la niñez [TEAM-ECD]

Fuente: Irwin, L.G., Siddiqi, A. & Hertzman, C. (2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer, A Report for the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

La primera infancia es un tiempo de rápido crecimiento físico y desarrollo cerebral. La existencia de desajustes en las esferas que intervienen en el desarrollo de los niños/as tiene

consecuencias. La falta de una nutrición adecuada y la exposición a enfermedades e infecciones durante estos primeros años pueden tener repercusiones en el rendimiento escolar y en los resultados económicos y de la salud durante toda la vida, sobre todo en niños y niñas de las comunidades más pobres y marginadas. Los primeros 1.000 días de vida, que van desde la concepción hasta alrededor del segundo cumpleaños del niño, son cruciales. La mala nutrición de la madre antes de la concepción y durante la gestación, la falta de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la incapacidad por parte de los cuidadores de proporcionar alimentos variados y nutritivos pueden llevar a que el niño/a padezca retraso en el crecimiento, emaciación y deficiencias de micronutrientes. Por ende, las consecuencias pueden ser profundas y duraderas, tanto para los niños/as como para sus comunidades (2).

Fase 4: Factores predisponentes, reforzadores y facilitadores

Factores predisponentes

Los posibles factores predisponentes del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas en edad preescolar que se identificaron en esta revisión (15) son: alto peso al nacer, rápido aumento de peso durante la infancia, lactancia materna deficiente, introducción temprana de alimentos para el destete, alto IMC materno y paterno, empleo materno, tabaquismo materno, bajos ingresos familiares, aumento de horas viendo televisión, percepción de los padres sobre el peso del niño/a, falta de actividad física y malos hábitos alimenticios.

La percepción de los padres sobre el peso del niño/a juega un papel importante en la identificación de niños/as con sobrepeso y obesidad. En un estudio longitudinal basado en la población, casi el 75% de las madres de niños/as con sobrepeso consideraban que sus hijos/as eran normales o tenían bajo peso (16).

El modelo familiar de alimentación es un determinante de la forma de comer de los niños/as. Los padres moldean poderosamente las primeras experiencias de los niños/as con la comida y la alimentación, proporcionando genes y entornos. Los patrones de alimentación de los niños/as se desarrollan en las primeras interacciones sociales que rodean la alimentación. Los padres seleccionan los alimentos de la dieta familiar y sirven como modelos de alimentación que los niños/as aprenden a emular. Tienen un papel importante en la transmisión cultural, al seleccionar prácticas de alimentación que fomentan el desarrollo de patrones y

comportamientos alimentarios culturalmente apropiados (17). Las familias de menor nivel socioeconómico tienen más dificultades para implementar estilos de vida saludable y tienen un menor acceso a una alimentación variada por múltiples motivos (18).

Además de influir en la alimentación, los padres y las madres juegan un rol importante en el nivel de actividad física que realizan sus hijos/as, ya que no solo son responsables de determinar las actividades que los niños/as pequeños/as realizan durante su tiempo libre, sino también de crear un estilo de vida activo en su hogar que minimice los comportamientos sedentarios en los niños/as (15).

Factores reforzadores

Los comportamientos de alimentación de los padres, incluido el alto control sobre la alimentación, la alimentación estructurada, la sensibilidad a las señales de saciedad infantil, la alimentación como respuesta al hambre, así como los estilos generales de crianza y los comportamientos parentales específicos (p. ej., modelado, refuerzo, establecimiento de objetivos) se han asociado con comportamientos presentes y a futuro relacionados con la obesidad infantil (19). El apego inseguro en la primera infancia puede ser un factor de riesgo para la obesidad (20).

Los padres son cruciales en los comportamientos relacionados con el peso de los niños/as. Como jóvenes omnívoros, los niños/as están preparados para comer una dieta de cualquier alimento disponible en su ambiente, y su capacidad innata de aprender a gustar o rechazar los alimentos proporciona la flexibilidad necesaria. La predisposición de los niños/as a aprender se puede usar como ventaja si los padres entienden cómo sus prácticas afectan la alimentación y el peso de los niños/as. Este entendimiento implica el reconocimiento de que sus prácticas de alimentación pueden promover o socavar el desarrollo de conductas alimentarias compatibles con dietas de mayor calidad y un estado de peso saludable. Si se crea un ambiente de alimentación que respalde las oportunidades de los niños/as para elegir y probar nuevos alimentos en contextos positivos, con alternativas saludables, sin coerción, los niños/as pueden aprender a comer e incorporar esos alimentos. Cuando el ambiente de alimentación infantil es restrictivo o coercitivo, o cuando a los niños/as se les ofrecen los tipos

y porciones de alimentos incorrectos, desarrollan preferencias y estilos de alimentación que pueden aumentar su riesgo de obesidad (21).

Las prácticas de alimentación materna tienen un efecto diferencial en los comportamientos alimenticios de niñas y niños. Los resultados de este estudio (22) indican que estrategias de alimentación controladoras por parte de la madre, como la alimentación restrictiva, tienen un impacto perjudicial en los comportamientos alimenticios de los niños/as pequeños/as y puede interferir con su capacidad de autorregularse la alimentación.

Factores facilitadores

Los factores facilitadores se relacionan con la estructura del entorno o de la comunidad que facilitan o presentan obstáculos al cambio. En este sentido, se encontró que existe cierta influencia de la disponibilidad de espacios para jugar en el vecindario en el sobrepeso infantil. Se observó que los niños/as de 3 años tenían más probabilidades de tener sobrepeso si no tenían acceso a un patio o espacio de juegos cercano, lo que sugiere que las oportunidades limitadas para estar al aire libre cerca de su el hogar pueden reducir los niveles de actividad física de los niños/as pequeños/as (15). Los niveles de actividad física de los niños/as también se ven afectados por las percepciones de los padres sobre la seguridad del vecindario, que está inversamente relacionada con el aumento de la televisión que ven los niños/as (23).

La exposición al marketing de alimentos poco saludables, por ser ricos en energía, grasas saturadas, grasas trans, azúcar o sal, tiene impacto en la salud de los niños/as. El marketing de estos productos influye en las preferencias y hábitos alimenticios de los niños/as y está asociada con dietas no saludables y mayores riesgos de sobrepeso y obesidad. La evidencia emergente indica que los efectos del marketing persisten en la edad adulta. La mayor vulnerabilidad de los niños/as al poder persuasivo de los mensajes de marketing, especialmente de la televisión, Internet y la publicidad en las redes sociales, los pone en mayor riesgo. Las principales categorías de alimentos que se anuncian son altas en energía, grasas saturadas, grasas trans, azúcar o sal, como cereales para el desayuno, bebidas azucaradas y dulces (24).

Programas de prevención de la obesidad en la primera infancia

A fin de profundizar en lo que ya se ha hecho en prevención de la obesidad infantil en la primera infancia, se realizó una revisión bibliográfica que incluye revisiones sistemáticas y metaanálisis de programas de educación para la salud implementados en este grupo etario.

Esta revisión (25) concluye que para que las intervenciones sean exitosas, inteligentes y sostenibles, deben implementarse como paquetes de intervención multisectoriales anclados en la atención de cuidado. Las recomendaciones enfatizan que los paquetes de intervención deben aplicarse en momentos apropiados para el desarrollo durante el curso de la vida, enfocarse en múltiples riesgos y construir sobre las plataformas existentes para la factibilidad de la ampliación. La evidencia sugiere fuertemente que los padres, los cuidadores y las familias deben recibir apoyo para brindar cuidado y protección para que los niños/as pequeños alcancen su potencial de desarrollo.

Según este metaanálisis (19), el enfoque de las intervenciones dirigidas a los padres puede clasificarse en tres tipos generales de comportamientos que también ocurren conjuntamente dentro de los programas:

- Habilidades / comportamientos generales de crianza
- Dieta / conductas relacionadas con la nutrición
- Actividad física / conductas sedentarias

En la literatura, no hay consenso sobre si un tipo de intervención es más efectivo que los otros. Sin embargo, este metaanálisis (19) plantea la hipótesis de que la inclusión de un componente general de habilidad o comportamiento parental en las intervenciones de obesidad infantil temprana estaría relacionada con una mayor efectividad de la intervención. Se ha sugerido que los programas de intervención temprana iniciados en los años preescolares son más efectivos que las intervenciones posteriores (infancia o adolescencia). Sin embargo, no hay evidencia de superioridad de las intervenciones tempranas que comienzan en la infancia en comparación con los años preescolares, por lo tanto, no se hipotetizaron diferencias de edad dentro de la primera infancia. La literatura sugiere que no hay efecto de género para los niños/as pequeños, y tampoco se descubrió que el origen étnico de los participantes fuera un moderador significativo. Es importante destacar que el citado metaanálisis sugiere que los

programas que utilizaron un único modo de intervención (en lugar de múltiples modos) fueron más efectivos. Esto podría resultar de relevancia para la rentabilidad de los programas, ya que se podrían necesitar menos recursos para las intervenciones de modo único. La justificación a esto podría ser que cuando los padres reciben más de un modo de intervención (es decir, tanto sesiones interactivas, como materiales educativos), la información se vuelve demasiado compleja y difusa y, por lo tanto, peor recibida y entendida en comparación con la información proporcionada a través de un solo modo de intervención. Aunque el tamaño del efecto general fue pequeño, este metaanálisis proporciona la idea importante de que, a edades muy tempranas, las intervenciones pueden imponer cambios positivos en el desarrollo de la obesidad.

Este metaanálisis (26) mostró que las intervenciones escolares de larga duración fueron efectivas para prevenir el sobrepeso y la obesidad infantil. Encontró que las intervenciones combinadas de actividad física y currículo en el aula fueron efectivas para prevenir el sobrepeso y la obesidad en la infancia. La duración de la intervención se asoció positivamente con su efectividad. Dados estos resultados, se debería considerar la implementación de intervenciones basadas en la escuela como estrategia a largo plazo para prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad infantil.

Justificación

La obesidad infantil es una epidemia a nivel mundial que puede condicionar en gran medida la salud física, psicológica y social y el desarrollo de la sociedad en el presente y en el futuro. Los primeros años de vida ofrecen una oportunidad de especial importancia para la prevención de esta epidemia.

La obesidad infantil es un fuerte predictor de obesidad en la adultez, que puede tener consecuencias graves en la salud y a nivel económico. A largo plazo, el sobrepeso y la obesidad en la niñez aumentan cinco veces el riesgo de sobrepeso en los adultos (5).

El exceso de peso y la obesidad afectan principalmente a las personas de los grupos socioeconómicos más bajos y esto, a su vez, contribuye a aumentar las desigualdades de salud y de otros tipos (27).

Los esfuerzos actuales de prevención de la obesidad en la escuela no han demostrado ser efectivos para revertir las tasas crecientes de obesidad infantil, se necesitan enfoques adicionales del problema. Es necesario incluir un enfoque en el período anterior al ingreso a la escuela y el desarrollo de intervenciones que incluyan a los padres y las familias en entornos de cuidado infantil y en el hogar (17). Es probable que las intervenciones basadas en la familia al principio de la vida de un niño/a, antes de establecer los hábitos, sean más efectivas (28).

El período preescolar es un momento crucial durante el cual se establecen hábitos alimenticios y de actividad física a largo plazo, con posibles efectos sobre la salud para toda la vida. Sin embargo, la investigación en este grupo de edad es aún limitada. Existe una necesidad urgente de desarrollar intervenciones basadas en evidencia para la prevención de la obesidad preescolar (29).

El período de la primera infancia es considerado la fase de desarrollo más importante de todo el ciclo vital. Un desarrollo saludable de la primera infancia ejerce una influencia notable sobre el bienestar y la prevención de la obesidad a lo largo de toda la vida. Todo aquello que acontece al niño en sus primeros años de vida es crucial para su trayectoria de desarrollo y su ciclo vital (14).

Es necesario promover la salud de niños y niñas desde edades tempranas, para alcanzar mejoras continuas en su desarrollo físico, social, emocional y cognitivo y prevenir la aparición del sobrepeso y la obesidad. Es preciso enriquecer el entorno de los niños y niñas en la primera infancia, a fin de que puedan crecer y vivir rodeados de situaciones que favorezcan su desarrollo adecuado y dar a apoyo a sus familias, para que puedan ofrecer entornos que estimulen el crecimiento óptimo (14). En este punto, adquieren especial protagonismo las madres. Se considera necesario ofrecer un espacio de apoyo para las madres ya que su seguridad y bienestar en la crianza tendrá una influencia decisiva en el desarrollo de su hijo/a.

Los primeros años de vida son críticos para establecer una buena nutrición y comportamientos de actividad física que reduzcan el riesgo de desarrollar obesidad. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios apropiados, es fundamental para optimizar el desarrollo, el crecimiento y la nutrición del lactante, y también puede ser beneficiosa para el control del peso posnatal en las mujeres (30).

La evidencia económica indica que la inversión en el desarrollo de la primera infancia es una inversión tanto correcta como inteligente: desde la perspectiva de la relación costo-beneficio, existe un amplio consenso de que los beneficios derivados de las inversiones en el desarrollo de la primera infancia superan con creces los costos, con inversiones que obtienen un rendimiento de casi el 13% anual. Estos programas son asequibles; el costo medio anual es de 0,50 dólares adicionales por persona. El rendimiento se refleja en la reducción de la pobreza y las brechas de ingresos (31), así como también en el aumento de la prosperidad y la competitividad de las economías. Los programas integrales de calidad ofrecen la posibilidad de incrementar las ganancias individuales de los adultos en casi un 25% (32).

Objetivos

Para la realización de este trabajo se establecieron tres objetivos generales, con sus respectivos objetivos específicos, detallados a continuación.

1. Estudiar la asociación del estado ponderal con el nivel socioeconómico en la población infantil escolarizada de 3 a 7 años de edad participantes en el estudio SantBoiSà entre 2015 y 2018.
 - 1.1. Identificar indicadores socioeconómicos capaces de describir niveles de ingresos para la población estudiada.
 - 1.2. Evaluar el estado ponderal de los niños/as participantes, según los puntos de corte del indicador Z-score de IMC por sexo y edad del estudio multicéntrico de patrones de crecimiento infantil de la OMS.
 - 1.3. Analizar la asociación entre el estado ponderal y el nivel de ingreso promedio por persona y por hogar correspondiente a la sección censal en la que se ubica la escuela de niños y niñas de 3 a 7 años de edad participantes en el estudio SantBoiSà entre 2015 y 2018.
2. Explorar, a través de la mirada de madres, padres, tutores/as legales y profesionales, las características que debería tener un programa de Educación para la Salud dirigido a prevenir la obesidad infantil en la primera infancia.
 - 2.1. Desarrollar y distribuir una encuesta dirigida a los adultos que forman parte del entorno de los niños y niñas menores de 6 años de edad capaz de identificar aspectos clave para el diseño de la intervención educativa.
 - 2.2. Analizar, en base a las necesidades y percepciones expresadas por madres, padres, tutores/as legales y profesionales, las características que debería tener una intervención educativa que pretenda prevenir la obesidad infantil desde la primera infancia.

3. Diseñar un programa de Educación para la Salud dirigido a familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica, que muestre efectos favorables sobre la prevención de la obesidad infantil a través de la promoción de hábitos de vida saludable desde la primera infancia.
 - 3.1. Describir los objetivos y características básicas de la intervención educativa en base a la evidencia científica y contrastarlas con a las necesidades y oportunidades descritas por los madres, padres, tutores/as legales y profesionales del entorno de la población infantil menor de 6 años.
 - 3.2. Definir las estrategias y actividades a implementar en el marco de una intervención educativa para la prevención de la obesidad infantil a través de la promoción de hábitos de vida saludable desde la primera infancia entre familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Nota aclarativa sobre la cronología del desarrollo del trabajo

La secuencia del desarrollo de los objetivos planteados se vio modificada por la realidad y los tiempos de la organización en la que se llevó a cabo este Trabajo de Fin de Máster.

Debido a un plazo de presentación a una beca de financiamiento, se diseñó primero el programa de Educación para la Salud, destinado a familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica con niños/as en la primera infancia, en base a la literatura científica y a experiencias previas de la organización.

Si bien ya se habían delineado las bases del programa, se realizó una evaluación formativa mediante una encuesta, para recabar las opiniones y percepciones de las madres, padres, tutores/as legales de niños/as menores de 6 años y los profesionales que trabajan en contacto con ellos. A partir de esta evaluación, se valoró si las características del programa de prevención de la obesidad infantil definido se correspondían a las percepciones de los encuestados o no.

A fin de evaluar la pertinencia de la decisión de destinar el programa a la población en situación de vulnerabilidad socioeconómica, se estudió la asociación del estado ponderal de los niños/as con el nivel socioeconómico de sus entornos.

Por ello, los apartados de metodología y resultados se han estructurado en base a los 3 objetivos generales descritos anteriormente, que de forma resumida son:

1. Asociación entre estado ponderal y nivel socioeconómico.
2. Exploración de las características del programa.
3. Diseño del programa.

Metodología

En este trabajo se han propuesto tres objetivos generales, con metodologías específicas para cada uno. En esta sección se detalla cada una de ellas.

Metodología Objetivo 1 Asociación entre estado ponderal y nivel socioeconómico

Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población y muestra

Los datos del estado ponderal de niños y niñas escolarizados de 3 a 7 años de edad fueron obtenidos del estudio SantBoiSà, llevado a cabo en Sant Boi de Llobregat por la Gasol Foundation junto con el Ayuntamiento local. En este se tomaron medidas antropométricas a niños y niñas y se realizaron cuestionarios auto reportados a los adultos referentes. Las mediciones fueron tomadas en las escuelas por equipos previamente entrenados.

Tabla 1: Características de la muestra en cada año del estudio SantBoiSà.

Año	Nº de escuelas	Cursos escolares	Edades
2015	10	P3	3 años
2016	16	P3 P4	3 a 4 años
2017	11	P3 P4 P5	3 a 5 años
2018	8	P3 P4 P5 1º	3 a 7 años

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio SantBoiSà (13) (33)

Variables

- Del estado ponderal:

Género y fecha de nacimiento.

Las medidas antropométricas utilizadas fueron: talla, peso y circunferencia de cintura de los niños/as participantes.

Para el diagnóstico del estado ponderal, se analizaron los datos con Software SPSS, utilizando el Puntaje Z (PZ) de Índice de Masa Corporal (IMC) por sexo y edad del estudio Multicéntrico de patrones de crecimiento infantil de la OMS (34).

- Del nivel socioeconómico

Los datos de nivel socioeconómico de las familias participantes en el estudio SantBoiSà fueron tomados del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España. Para ello, se ubicaron en el Atlas de Distribución de Renta de los Hogares (ADRH) (35) las secciones censales¹ de las escuelas de Sant Boi de Llobregat que participaron en el estudio.

Luego, se consultaron los indicadores de renta: Renta media por persona y Renta media por hogar correspondientes al año de la toma de medidas antropométricas, para cada una de las secciones censales. Cabe mencionar que al momento de la obtención de los datos, no se encontraban disponibles los del 2018, por lo que se utilizaron los indicadores de renta del año 2017.

Análisis de datos

En el análisis, se incluyeron los casos para los que se tenían datos de IMC y de niveles de renta media por sección censal. Se excluyeron los casos cuyo diagnóstico fuera de bajo peso, por no tratarse del caso de este estudio y por tener una muestra reducida que influía en el poder estadístico a la hora de realizar el análisis de los casos que sí son objeto del estudio.

Se creó una base de datos que unificaba los niveles de renta media con los diagnósticos del estado ponderal de los niños/as relevados en el estudio SantBoiSà. El procesamiento de la información fue realizado mediante el Software SPSS a través de análisis de frecuencias. Para el análisis descriptivo de la muestra se utilizaron datos cuantitativos con medidas de tendencia central y de dispersión y análisis de la varianza con un factor (ANOVA).

¹ La sección censal es una unidad territorial que subdivide al municipio con fines estadísticos y electorales. Está definidas por límites fácilmente identificables (ríos, calles, etc.) y tiene un tamaño de entre 1000 y 2500 habitantes (35).

Metodología Objetivo 2 Exploración de las características del programa

Para la contextualización y el análisis de la realidad para el diseño del programa, se diseñó una encuesta dirigida a los adultos que forman parte del entorno de los niños y niñas menores de 6 años de edad (Anexo 2). La encuesta se encontró dividida en dos, teniendo un apartado para madres, padres o tutores y otro para profesionales dedicados a la primera infancia. El cuestionario para madres, padres o tutores incluyó preguntas relacionadas al modo de crianza de sus hijos, sus desafíos y sus barreras para el cambio, mientras que a los profesionales se le hicieron las mismas preguntas, pero desde su experiencia laboral y desde su visión de las familias con las que trabajan.

Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población y muestra

Criterios de inclusión:

- Madres, padres o tutores de niños/niñas menores de 6 años.
- Profesionales que trabajen con niños menores de 6 años.

Criterios de exclusión: ninguno

Recogida de información

La recogida de datos fue llevada a cabo mediante el software Qualtrics, entre el 29 de mayo y el 11 de junio de 2020.

La difusión y comunicación de la encuesta fue llevada a cabo a través de las redes sociales de la Gasol Foundation y de Pau Gasol y a través de mensajería WhatsApp (Ver Anexo 1).

Análisis de datos

El procesamiento de la información fue realizado mediante el Software SPSS. Para el análisis descriptivo de la muestra se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para los datos cuantitativos y distribución de frecuencias y citas textuales para los datos cualitativos. A su vez se incluyeron análisis los bivariados: prueba de Chi-cuadrado de Pearson y prueba T para la igualdad de medias (T-Student).

Metodología Objetivo 3 Diseño del programa

En el marco de la realización de este Trabajo Final de Máster se diseñó, de manera conjunta con el equipo de programas de la Gasol Foundation, el Programa PREFIVALÍN.

Tipo de estudio

Revisión de la literatura científica existente y de los resultados de la evaluación formativa del presente trabajo.

Criterios de inclusión y exclusión

Revisión de la literatura

Criterios de inclusión: artículos de la literatura científica en inglés o en castellano que incluyeran las palabras claves: early childhood obesity, childhood obesity, kindergarten, preschool, intervention opportunities, health promotion, health education, positive attachment.

Criterios de exclusión: Estudios que no cumplieran con criterios de calidad metodológica.

Resultados de la evaluación formativa

Criterios de inclusión: Respuestas a la encuesta de personas que declararon ser madres, padres, tutores/as o profesionales vinculados a niños/as menores de 6 años de edad.

Criterios de exclusión: ninguno.

Análisis de datos

Fueron consultadas varias bases de datos, mediante su acceso directo o dirigidas desde el buscador Cercatot del servicio de Biblioteca y documentación de la Universidad de Lleida. Las principales bases de datos han sido: PubMed, Scopus y Elsevier. A su vez, se han consultado revistas científicas y distintas páginas web de organismos internacionales como la OMS y UNICEF, y nacionales como el Instituto Nacional de Estadística de España y la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Se revisaron los abstracts y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente los artículos de mayor pertinencia.

A partir de los resultados hallados en la evaluación formativa del objetivo 2 se realizó un análisis comparativo entre las características de programa originalmente concebido y las características descritas por los participantes de la encuesta.

Resultados

Resultados Objetivo 1 Asociación entre estado ponderal y nivel socioeconómico

Análisis descriptivo

La muestra incluyó un total de 1716 niños y niñas participantes del estudio SantBoiSà. En la Tabla 2, se detallan los datos de la muestra utilizados en el análisis.

Tabla 2: Datos basales de la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Renta media por persona - €	1.716	10.216	20.373	13.262,08	2211,63
Renta media por hogar - €	1.716	25.350	58.496	35.489,03	7653,21
Edad - años	1.716	3,32	9,88	5,12	1,09
Talla - cm	1.716	89,80	140,00	110,29	8,55
Peso - kg	1.716	11,20	58,40	19,99	4,65
IMC - kg/m²	1.716	12,87	46,97	16,26	2,05
Circunferencia de cintura - cm	1.716	26,35	98,05	53,52	5,94

En la Tabla 3, se detallan las escuelas que fueron incluidas en la muestra y la cantidad de niños/as de cada una de ellas que participaron en el estudio.

Tabla 3: Distribución por escuelas de los niños/as participantes en el estudio SantBoiSà

Nombre de la escuela	Número de niños/as participantes	Porcentaje
Benviure	177	10,31%
Rafael Casanovas	167	9,73%
Fernández Lara	97	5,65%
Ciurana	92	5,36%
Ciutat Cooperativa	37	2,16%
Barrufet	85	4,95%
Marianao	104	6,06%

Vicente Ferrer	49	2,86%
Massallera	30	1,75%
Parellada	59	3,44%
Amat Verdú	114	6,64%
Vedruna	23	1,34%
Llor	342	19,93%
Pedagogium COS	197	11,48%
Molí Nou	62	3,61%
Antoni Gaudí	81	4,72%
Total	1.716	100%

En cuanto al género de los participantes, como se observa en la Figura 2: Género de los participantes en el estudio SantBoiSà, el 51,98% fueron niños y el 48,02%, niñas.

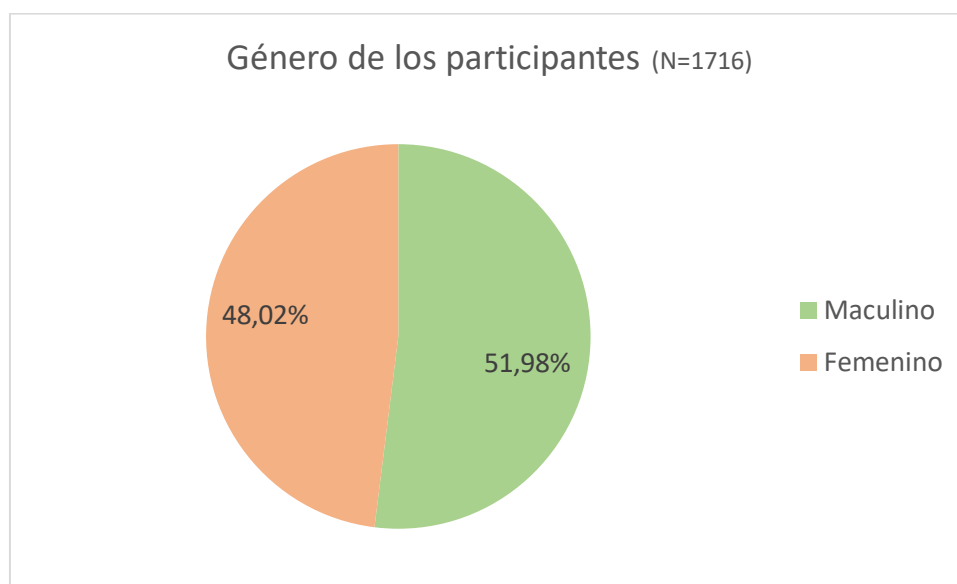


Figura 2: Género de los participantes en el estudio SantBoiSà

Al analizar el estado ponderal de los niños/as participantes, tal como se muestra en la Figura 3, el 71,85% de los niños/as tuvo un peso saludable, mientras que el 28,15% presentó exceso de peso.

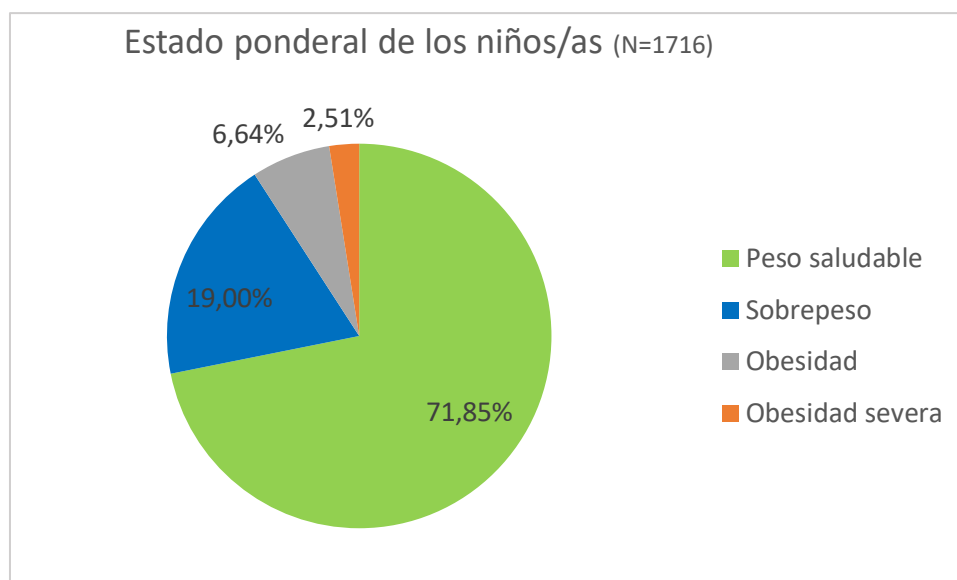


Figura 3: Estado ponderal de los niños/as del estudio SantBoiSà

En cuanto a la obesidad abdominal, se encontró una prevalencia del 32,17% en la muestra (Ver Tabla 4).

Tabla 4: Prevalencia de obesidad abdominal

Obesidad abdominal	Frecuencia	Porcentaje
No	1.164	67,83%
Si	552	32,17%
Total	1.716	100%

A partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística, relacionados con la sección censal de las escuelas a las que acudían los niños/as participantes en el estudio SantBoiSà, se establecieron los Cuartiles de renta media por persona y por hogar, como puede observarse en la Tabla 5.

Tabla 5: Renta media por persona y por hogar según cuartil de ingresos

	Cuartil	N	Media €	Intervalo de confianza para la media al 95% - en €		P Valor
				Límite inferior	Límite superior	
Renta media por persona	1	425	11.084,83	10.997,69	11.171,97	0,000
	2	397	12.800,99	12.789,85	12.812,14	
	3	424	13.209,00	13.209,00	13.209,00	
	4	470	15.668,22	15.431,16	15.905,28	
	Total	1.716	13.262,08	13.157,36	13.366,79	
Renta media por hogar	1	425	27.747,65	27.472,05	28.023,25	0,000
	2	397	33.629,39	33.589,11	33.669,66	
	3	424	34.542,00	34.542,00	34.542,00	
	4	470	44.914,36	44.215,70	45.613,02	
	Total	1.716	35.489,03	35.126,67	35.851,39	

Como se muestra en la Tabla 6, se establecieron dos niveles de renta media por persona, correspondiendo los cuartiles agrupados 1 y 2 a los valores de renta más bajos y los cuartiles 3 y 4 a los valores más elevados.

Tabla 6: Renta media por persona y por hogar según cuartiles agrupados

		N	Media €	Intervalo de confianza para la media al 95% - en €		P valor
				Límite inferior	Límite superior	
Renta media por persona	Cuartiles 1 y 2	822	11.913,68	11.839,50	11.987,86	0,000
	Cuartiles 3 y 4	894	14.501,88	14.353,61	14.650,14	
	Total	1.716	13.262,08	13.157,36	13.366,79	
Renta media por hogar	Cuartiles 1 y 2	822	30.588,34	30.341,07	30.835,61	0,000
	Cuartiles 3 y 4	894	39.995,03	39.494,88	40.495,19	
	Total	1.716	35.489,03	35.126,67	35.851,39	

Análisis bivariado

Para analizar la variación en el nivel de renta media, tanto por hogar como por persona, entre los grupos de estado ponderal, se realizó el análisis de varianza de un factor (ANOVA), encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Como se observa en

la Tabla 7, los niveles de renta media por persona y renta media por hogar de los niños/as con obesidad severa fueron significativamente menores a los de peso saludable o exceso de peso (sobrepeso + obesidad).

Tabla 7: Renta media por persona y por hogar según estado ponderal de los niños/as

		N	Media €	Intervalo de confianza para la media al 95% - en €		P Valor
				Límite inferior	Límite superior	
Renta media por persona	Peso saludable	1.233	13.228,57	13.109,13	13.348,02	0,025
	Sobrepeso + Obesidad	440	13.427,02	13.199,98	13.654,05	
	Obesidad severa	43	12.535,05	11.964,91	13.105,18	
	Total	1.716	13.262,08	13.157,36	13.366,79	
Renta media por hogar	Peso saludable	1.233	35346,09	34.930,48	35.761,71	0,043
	Sobrepeso + Obesidad	440	36091,21	35.313,60	36.868,82	
	Obesidad severa	43	33.425,86	31.483,67	35.368,05	
	Total	1.716	35.489,03	35.126,67	35.851,39	

Si bien no fueron estadísticamente significativas, cabe mencionar las diferencias en la distribución en los cuartiles de ingreso de los distintos estados ponderales de los niños/as. Como se observa en la Tabla 8, podría existir una asociación estadística entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de exceso de peso. Esta asociación resulta muy nítida en la obesidad severa, nítida en la obesidad y confusa en el caso del sobrepeso.

Tabla 8: Distribución de la prevalencia de los estados ponderales por cuartil de ingreso

Estado ponderal % dentro del Cuartil	Renta media por persona				P Valor
	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4	
Peso saludable	69,88%	70,53%	75,94%	71,06%	0,223
Sobrepeso	17,65%	21,91%	15,57%	20,85%	
Obesidad	8,47%	5,54%	6,13%	6,38%	
Obesidad severa	4,00%	2,02%	2,36%	1,70%	

Se analizó el modo de distribución de tres niveles de estado ponderal de los niños/as (peso saludable, sobrepeso/obesidad y obesidad severa) en los cuartiles de ingresos definidos por renta media por persona. Como se muestra en la Figura 4, los niveles de peso saludable y sobrepeso/obesidad tuvieron una distribución más bien uniforme entre los cuartiles de ingreso (dentro del rango de 20% a 30% cada uno), mientras que el nivel de obesidad severa fue más heterogéneo, marcando un pico (39,53%) dentro del cuartil más bajo de ingresos (1° cuartil).

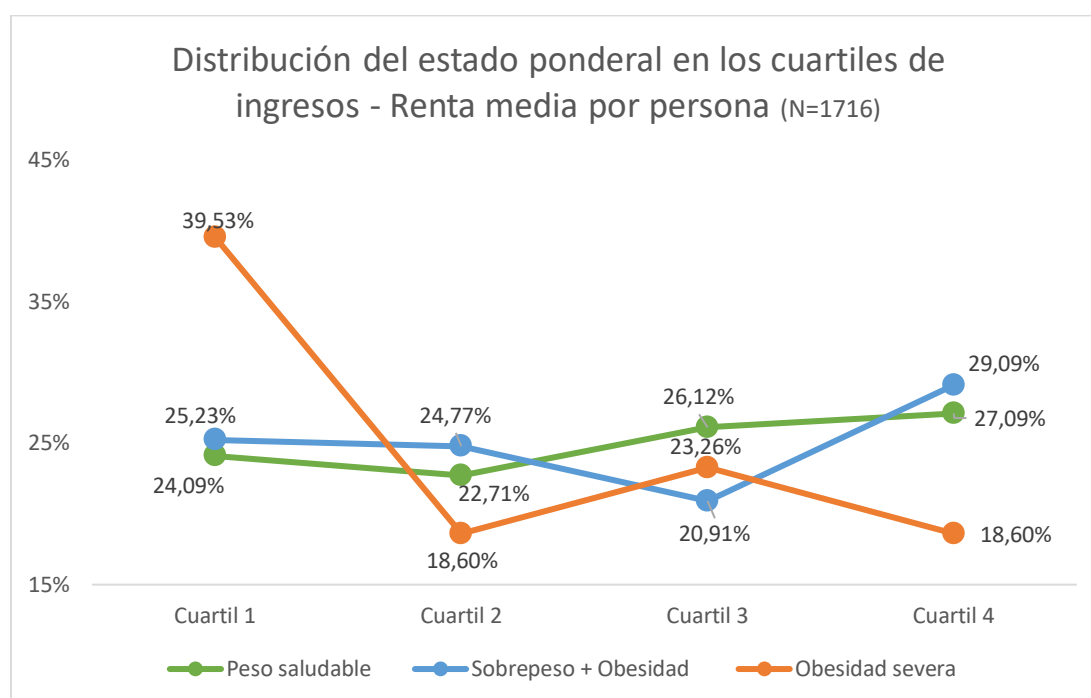


Figura 4: Distribución del estado ponderal de los niños/as en los cuartiles de ingresos según renta media por persona

Como se observa en la Figura 5, al profundizar en la prevalencia de obesidad severa en los cuartiles de ingreso, la mayor prevalencia (4%) se encuentra dentro del 1° cuartil, correspondiente a menores niveles de renta media por persona.

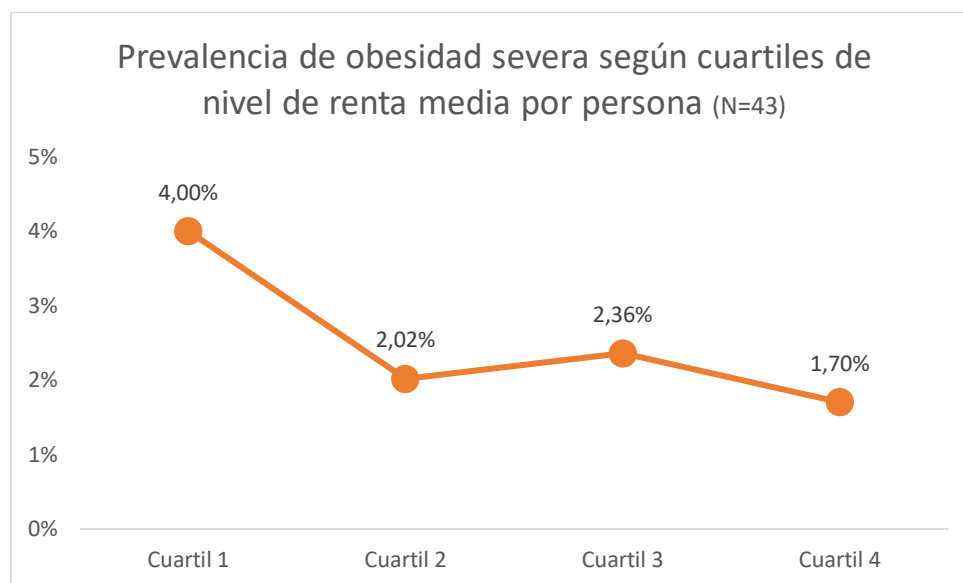


Figura 5: Prevalencia de obesidad severa según cuartiles de nivel de renta media por persona

Al comparar los cuartiles agrupados con la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa (ver Figura 6), se encuentra que las 3 categorías de exceso de peso tuvieron una prevalencia mayor en los cuartiles con menores ingresos respecto a los de mayores ingresos.

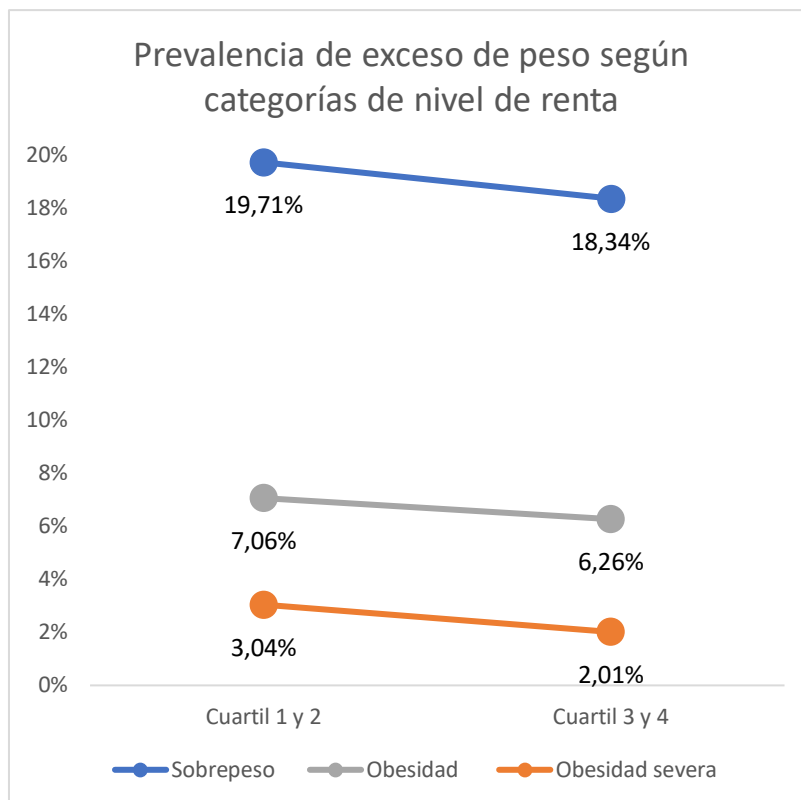


Figura 6: Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa según categorías de renta media por persona

El mismo fenómeno mencionado anteriormente ocurre con la prevalencia de obesidad abdominal, tal y como se detalla en la Figura 7.

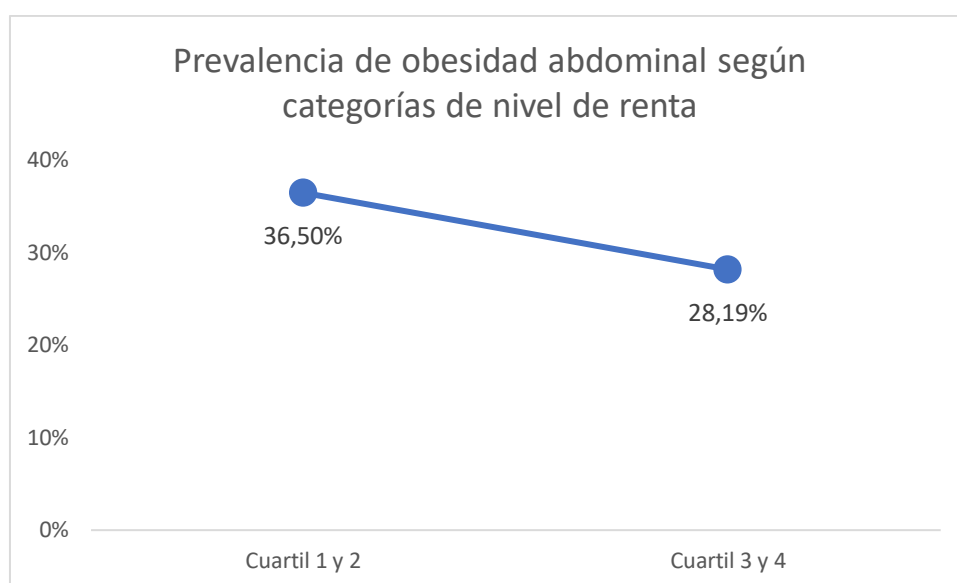


Figura 7: Prevalencia de obesidad abdominal según categorías de renta media por persona

Resultados Objetivo 2 Exploración de las características del programa

Análisis descriptivo

La encuesta fue respondida por un total de 344 personas entre las cuales un 59,30% fueron mujeres y un 40,70% hombres. (Ver Figura 8)

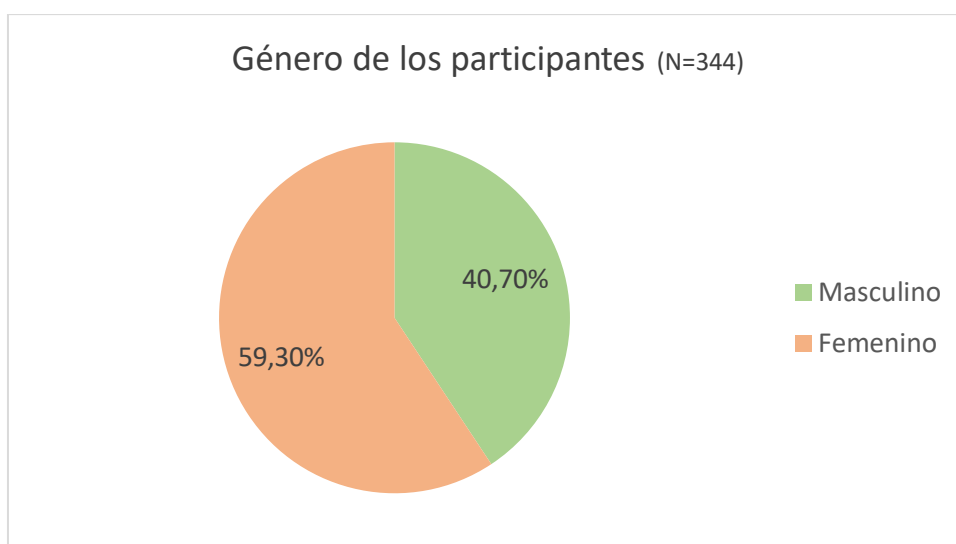


Figura 8: Género de los participantes de la encuesta

En cuanto al rol desde el que respondieron la encuesta los participantes, como se observa en la Figura 9, el 80,52% de los participantes fueron madres, padres o tutores mientras que el 19,48%, profesionales dedicados a la primera infancia.

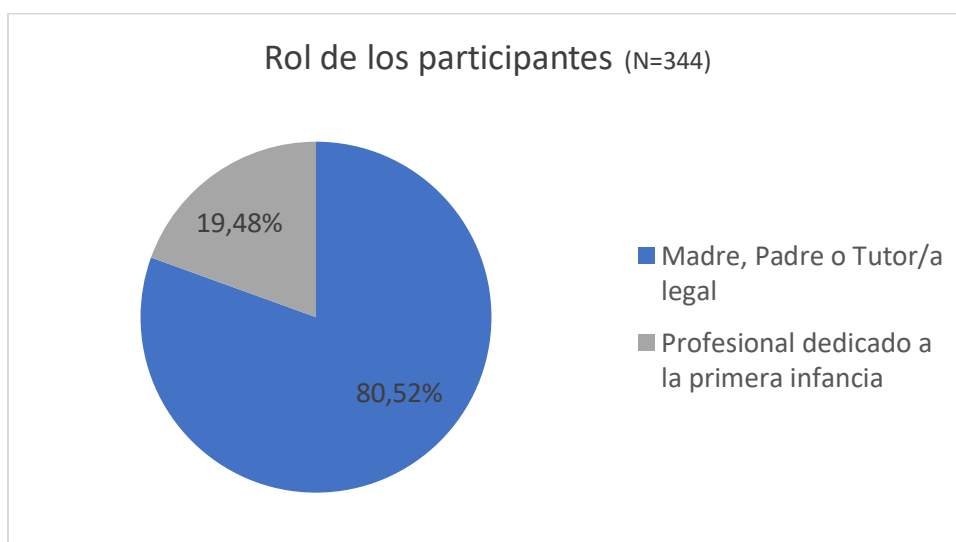


Figura 9: Rol de los participantes de la encuesta

Madres, padres o tutores legales

Un total de 277 madres, padres o tutores legales de niños/as menores de 6 años de edad participaron de la encuesta.

En cuanto al lugar de residencia de los participantes, como se observa en la Tabla 9, participaron padres y madres de 12 países, siendo el 82,67% residentes en España.

Tabla 9: País de residencia de las madres, padres o tutores participantes

País de residencia	Nº de madres padres o tutores	Porcentaje
España	229	82,67%
Argentina	29	10,47%
Estados Unidos	9	3,25%
México	2	0,72%
Bélgica	1	0,36%
Chile	1	0,36%
Ecuador	1	0,36%
Guatemala	1	0,36%
Irlanda	1	0,36%
Nueva Zelanda	1	0,36%
Países Bajos	1	0,36%
Reino Unido	1	0,36%
Total	277	

Respecto a la cantidad de hijos/as de los participantes, como se demuestra en la Tabla 10, los participantes tenían entre 1 y 6 hijos/as, con una media de 1.67.

Tabla 10: Cantidad de hijos de los participantes

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Número de hijos	276	1	6	1,67	,690

En la Figura 10, se observa el nivel máximo de estudios alcanzado por las madres, padres o tutores encuestados. Se observa una alta prevalencia de niveles altos de estudio, con un 74,73% de universitarios y un 13,72% de grado superior.

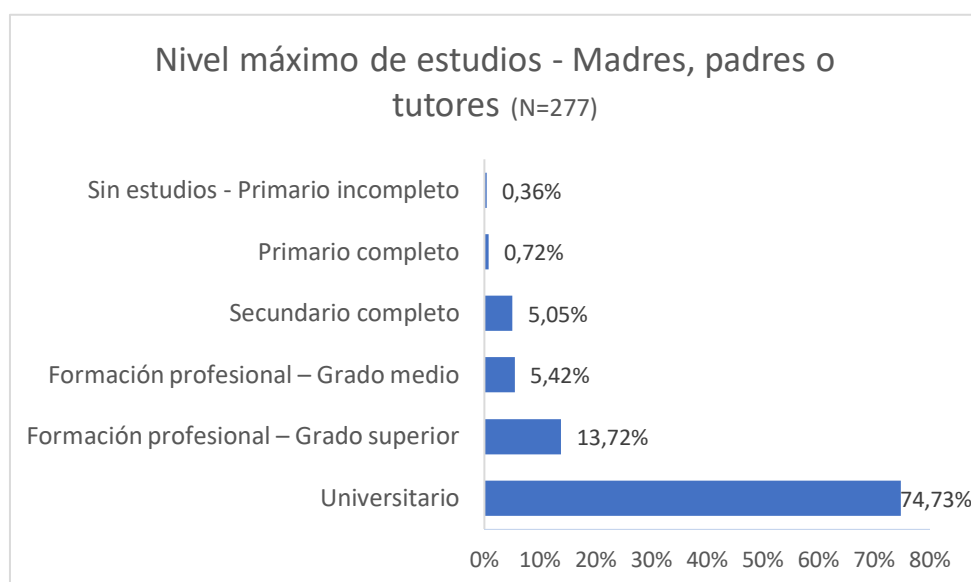


Figura 10: Nivel máximo de estudios alcanzado por las madres, padres o tutores legales participantes de la encuesta

Profesionales dedicados a la primera infancia

Si bien en la encuesta general se obtuvieron respuestas desde trece países diferentes, en el apartado de los profesionales (ver Tabla 11), se recibieron respuestas en tres países, de los cuales el 88,06% fueron desde España.

Tabla 11: País de residencia de los profesionales participantes

País de residencia	N° de profesionales	Porcentaje
España	59	88,06%
Argentina	7	10,45%
Colombia	1	1,49%
Total	67	

Entre los resultados, como se detalla en la Tabla 12, hubo respuestas de profesiones de disciplinas variadas y distintos ámbitos laborales. El 43,28% eran maestros/as y el 25,37% médicos/as pediatras.

Tabla 12: Tipos de profesionales participantes

Profesional	N°	Porcentaje
Auxiliar docente	1	1,49%
Coordinador/a o director/a	3	4,48%
Enfermero/a en pediatría	2	2,99%
Estudiante de educación en nivel inicial	1	1,49%
Maestro/a	29	43,28%
Maestro/a de educación física	5	7,46%
Médico/a Pediatra	17	25,37%
Monitor/a	2	2,99%
Nutricionista	2	2,99%
Psicólogo/a	2	2,99%
Psicopedagogo/a	1	1,49%
Técnico/a en educación infantil	1	1,49%
Tutor/a	1	1,49%
Total	67	

Análisis de las respuestas

Ante la pregunta de la modalidad de las sesiones, se ofrecieron tres respuestas posibles: sesiones individuales, grupales o mixtas (algunas sesiones individuales y otras grupales). Como se observa en la Figura 11, la mayoría de las madres, padres o tutores (75,81%), manifestaron preferir una modalidad mixta de sesiones, con encuentros grupales e individuales. La segunda opción más prevalente fue la de sesiones grupales, con un 14,80% y la de menor prevalencia la opción de sesiones individuales (9,39%).

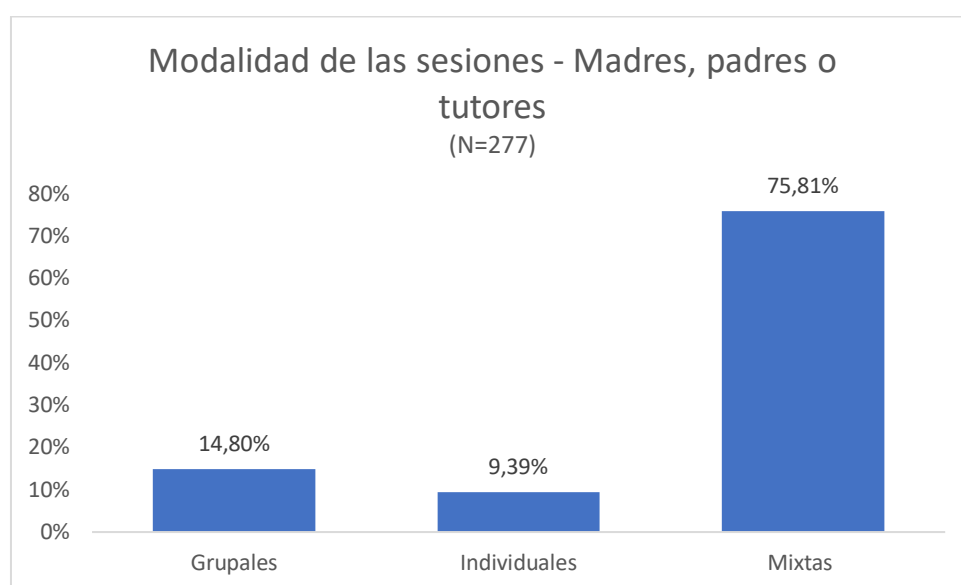


Figura 11: Preferencia de modalidad de las sesiones - Madres, padres o tutores

Entre las madres, padres o tutores que consideraron la modalidad mixta como la mejor opción, en la justificación opcional, 36 de ellos hicieron comentarios respecto a los beneficios del intercambio, como *“Siempre es bueno escuchar la experiencia de otras personas”*. De las 52 justificaciones que se obtuvieron a esta respuesta, 42 fueron compuestas, incluyendo tanto beneficios que brindan las sesiones individuales como las grupales. En la Tabla 13, se detallan los ejemplos más relevantes.

Tabla 13: Comentarios sobre la modalidad mixta de sesiones. Madres padres o tutores

Ejemplo de comentario para sesiones mixtas Madres, padres o tutores	N° de comentarios similares
<i>“Lo bueno de mixtas sería poder compartir otros puntos de vista o mejores prácticas y seguimiento conjunto que es una ayuda pero con la posibilidad de focalizar en la situación concreta sin pudor u otras distracciones en las sesiones individuales”</i>	17
<i>“El tratamiento individualizado es fundamental: cada niño tiene sus circunstancias, al igual que sesiones grupales para compartir experiencias, consejos, opiniones.”</i>	15

Dentro de las justificaciones de la elección de la modalidad grupal (N=8), los comentarios más recurrentes (7), fueron a favor del intercambio que se da en esta modalidad, del estilo: *“En estos casos, se aprende más compartiendo experiencias”*.

Las madres, padres o tutores que justificaron la elección de la modalidad individual de sesiones (8), hubo una gran diversidad en los comentarios, incluyendo 3 del tipo *“Porque cada niño es diferente”*.

En el caso de los profesionales dedicados a la primera infancia, la modalidad de sesiones mixtas también fue la más elegida, agrupando al 73,13% de los profesionales. Cabe mencionar que la elección de la modalidad grupal tuvo mayor prevalencia dentro de este grupo (23,88%) y la individual menor prevalencia (2,99%) que en el de madres, padres o tutores (ver Figura 12).

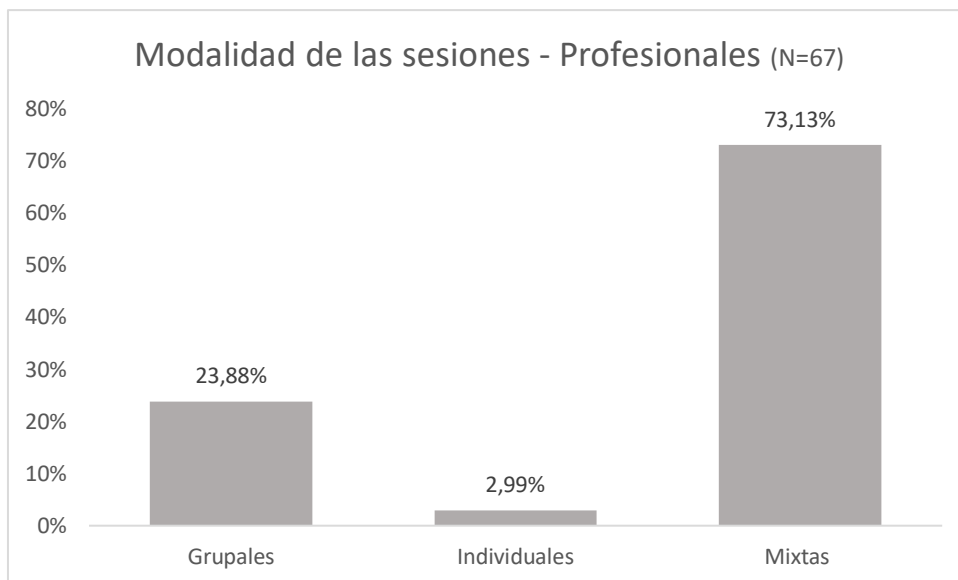


Figura 12: Preferencia de modalidad de las sesiones – Profesionales

A la hora de justificar su elección, los profesionales que consideraron la modalidad mixta como la mejor opción para las sesiones y escribieron un comentario (N=12), 8 de ellos destacaron aspectos positivos tanto de las sesiones individuales como de las grupales. El estilo de comentario más frecuente, hacía alusión a la particularidad de cada familia (N=9) y a la importancia del intercambio (N=5) como por ejemplo *“Puesto que cada niño y familia es diferente necesitan de asesoramiento específico, pero a su vez la relación y el reflejo social es importante para el aprendizaje como sociedad”*.

Los 4 profesionales que justificaron la elección de la modalidad grupal hicieron comentarios del estilo *“La interacción y apoyo del grupo es fundamental”*.

Respecto a la duración del programa, como se observa en la Figura 13, la opción más escogida, tanto por las madres, padres o tutores (52,26%), como por los profesionales (73,13%) fue la de un curso escolar. Dentro de las respuestas proporcionadas por las madres, padres o tutores, hubo una mayor variedad, obteniendo elecciones en las seis categorías propuestas, mientras que entre los profesionales hubo mayor homogeneidad, eligiendo únicamente las opciones de un curso escolar, un mes (23,88%) y 4 meses (2,99%).

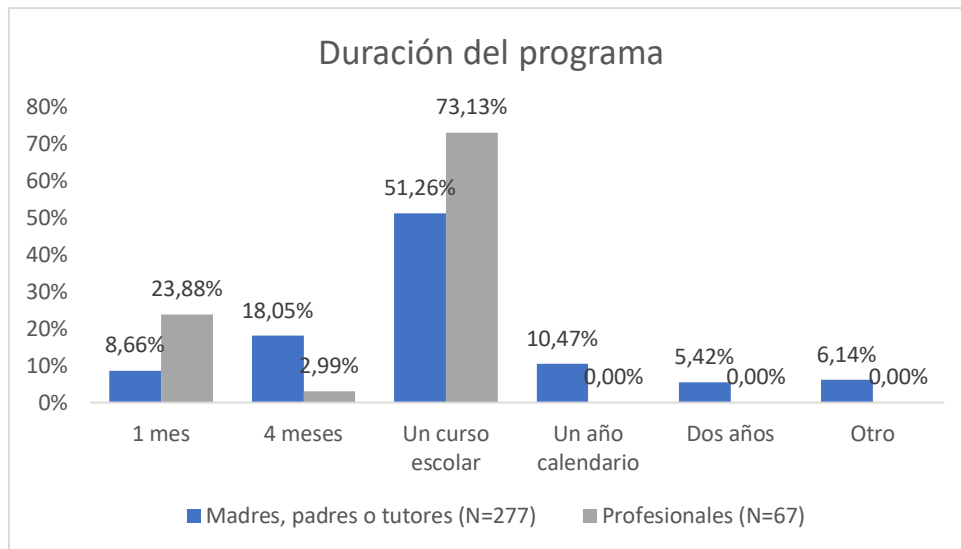


Figura 13: Preferencia de duración de Programa según rol

Como respuesta a la pregunta sobre a qué edad del niño o niña les parecería más oportuno comenzar a participar en el programa, tal como se muestra en la Figura 14, se obtuvieron respuestas diferentes entre los dos grupos analizados. En el caso de las madres, padres o tutores, la categoría más escogida fue la de 12 a 18 meses, con un 16,61% de los casos. De todos modos, en este grupo fueron escogidas todas las categorías propuestas, con prevalencias similares entre desde el nacimiento (15,16%), de 6 a 12 meses (15,88%), de 12 a 18 meses (16,61%). Cabe mencionar que desde el nacimiento hasta los 3 años se encuentran el 75,45% de las elecciones de las madres, padres o tutores para el inicio del programa. En cuanto a los profesionales, las respuestas se encontraron más agrupadas, siendo la edad de inicio al programa más escogida la de 6 a 12 meses, incluyendo el 64,18% de las respuestas. Es preciso destacar la preferencia por comenzar el programa a edades tempranas, ya que desde el nacimiento hasta los 24 meses se encuentra el 89,55% de las respuestas dentro de este grupo.

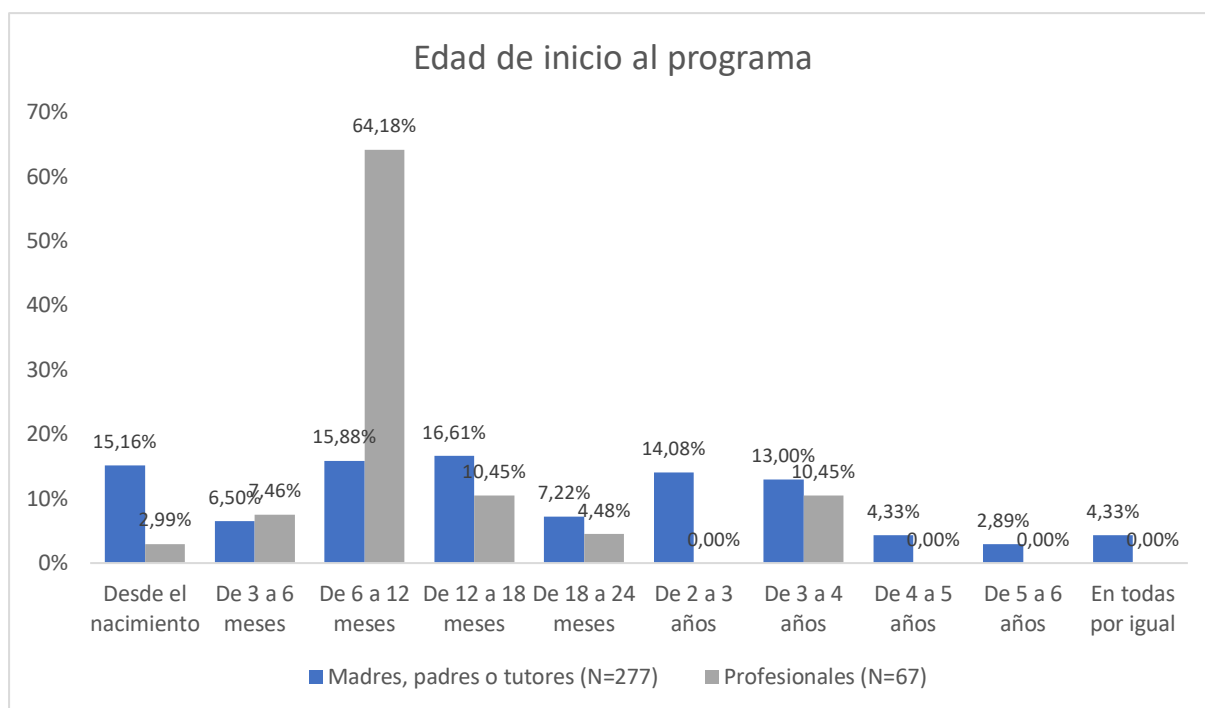


Figura 14: Preferencia de edad infantil para el inicio del Programa según rol

En cuanto a la frecuencia que debían tener las sesiones de un programa de este tipo, como se muestra en la Figura 15, tanto para las madres, padres o tutores, como para los profesionales, la opción más elegida fue la frecuencia semanal, con un 36,82% y un 31,34% de respuestas, respectivamente. En ambos grupos, se tendió a elegir más las opciones de mayor frecuencia de las sesiones que las de menor frecuencia.

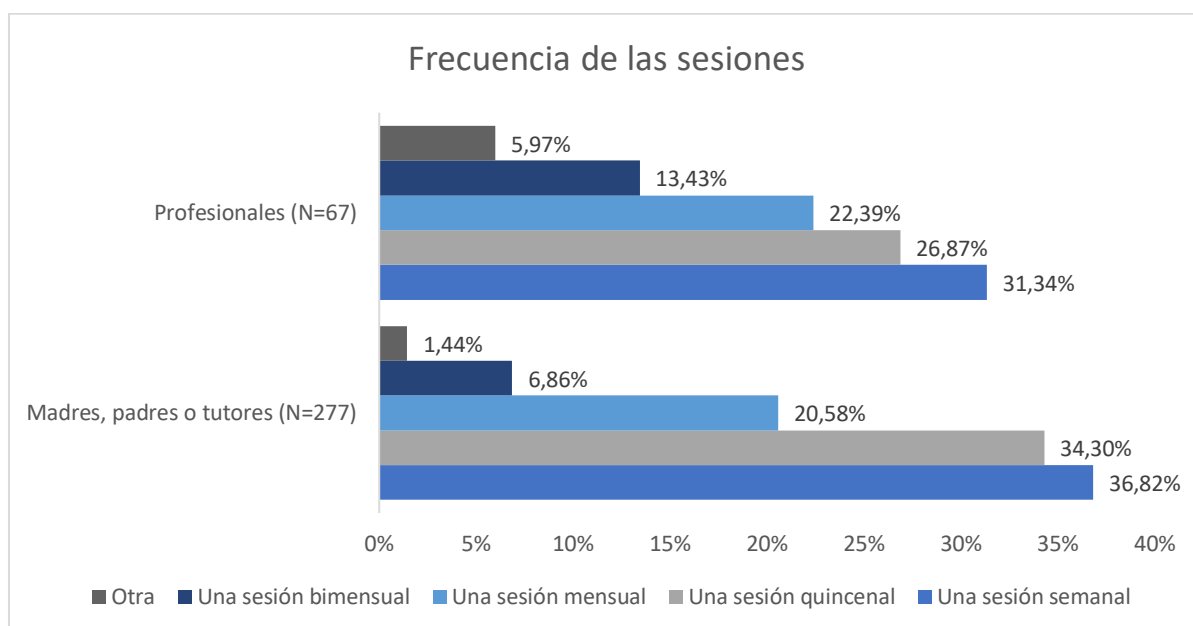


Figura 15: Frecuencia de las sesiones según rol

Respecto a la duración de las sesiones, como se observa en la Figura 16, la mayoría (67,15%) de las madres, padres o tutores consideraron que debían durar entre 45 minutos (34,66%) y 1 hora (32,49%). La opción más elegida por los profesionales fue la duración de 30 minutos (31,34%), concentrando en el rango de tiempo de 30 minutos a 1 hora al 80,60% de las repuestas.

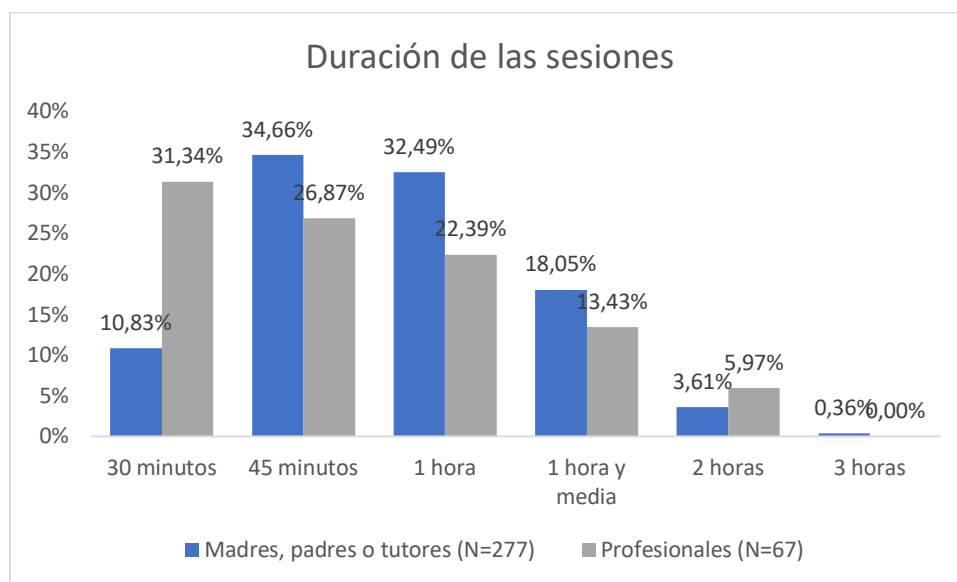


Figura 16: Duración de las sesiones según rol

Como se detalla en la Figura 17, como respuesta a qué días de la semana resultarían más convenientes para la asistencia de las familias a las sesiones, tanto las madres, padres o tutores (58,12%), como los profesionales (68,66%) consideraron que la opción más apropiada era la de lunes a viernes, siendo los sábados la segunda opción y los domingos, la menos elegida por ambos grupos.

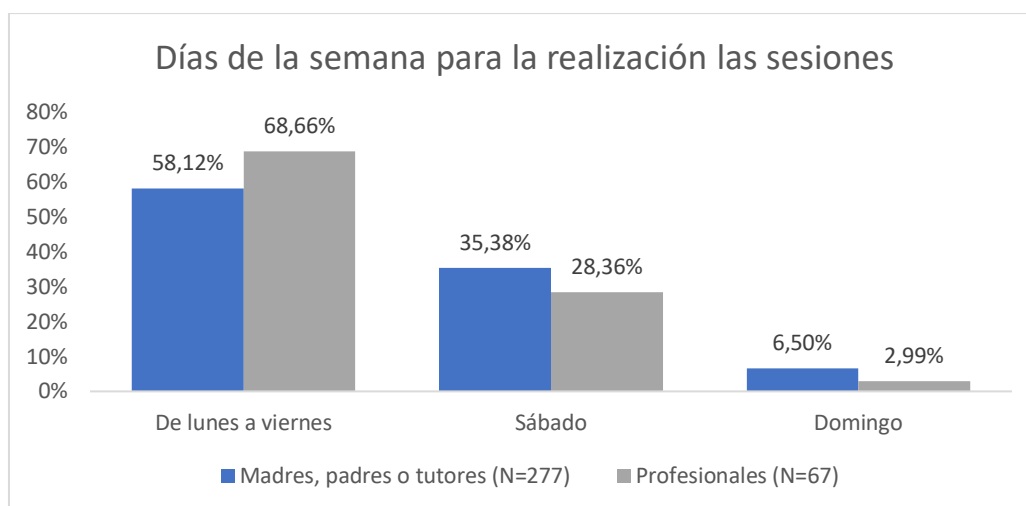


Figura 17: Días más apropiados para la realización de las sesiones según rol

En cuanto al horario para la realización de las sesiones, la opción más escogida por ambos grupos fue el rango entre las 16 y las 20 horas, contando con una prevalencia del 52,35% en el grupo de madres, padres o tutores y un 53,73% en el de los profesionales (ver Figura 18).

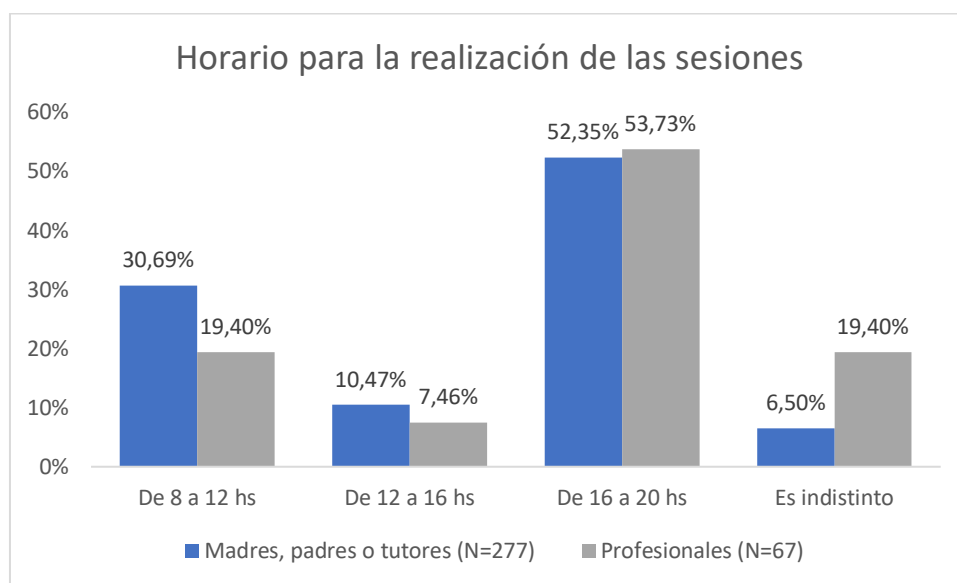


Figura 18: Horario más apropiado para la realización de las sesiones según rol

Para conocer dónde podrían realizarse las sesiones del programa, se realizó una pregunta abierta en la encuesta, solicitando que detallaran la elección pensando específicamente en su lugar de residencia o de trabajo. Si bien se mencionaron lugares específicos de acuerdo al barrio y al país de los participantes, las repuestas fueron categorizadas según el tipo de espacio propuesto, como se observa en la Tabla 14. Tanto para las madres, padres o tutores (28,88%), como para los profesionales (44,785), los colegios fueron la opción más mencionada. Los espacios siguientes en prevalencia fueron los centros cívicos o culturales para las madres, padres o tutores (23,10%) y los centros de salud, incluyendo ambulatorios y consultorios, para los profesionales (16,42%).

Tabla 14: Lugares para la implementación de las sesiones según rol

Lugares para realizar las sesiones	Madres , Padres o Tutores		Profesionales	
	N	%	N	%
Bibliotecas	12	4,33%	0	0,00%
Casas particulares	4	1,44%	1	1,49%
Centros cívicos o culturales	64	23,10%	6	8,96%
Centros de salud	22	7,94%	11	16,42%
Centros educativos	3	1,08%	6	8,96%
Colegios	80	28,88%	30	44,78%
Escuelas infantiles o guarderías	8	2,89%	1	1,49%
Locales o salones	7	2,53%	3	4,48%
Online	21	7,58%	1	1,49%
Parques	3	1,08%	0	0,00%
Polideportivos o espacios de actividad física	18	6,50%	5	7,46%
Salones públicos	17	6,14%	1	1,49%
Universidades	2	0,72%	0	0,00%
Otros	10	3,61%	1	1,49%
No lo saben	6	2,17%	1	1,49%
Total	277		67	

A ambos grupos se les consultó acerca de la utilidad de incorporar herramientas digitales en el programa. Como se observa en la Figura 19, la mayoría de los profesionales (97%) y de las madres, padres o tutores (95%), respondieron que sí consideran de utilidad incluir este tipo de estrategias en el programa.

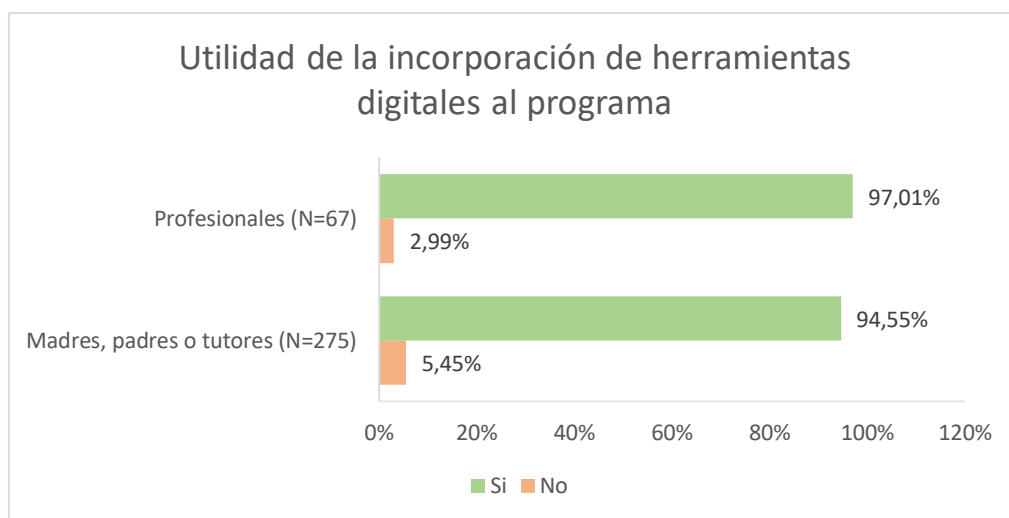


Figura 19: Utilidad de la incorporación de herramientas digitales al programa según rol

La especificación acerca de cuáles herramientas resultarían de mayor utilidad para el programa, se solicitó a través de una pregunta abierta para que, quienes habían respondido que sí, detallaran. Los resultados se encuentran presentados en la Tabla 15. Cabe mencionar que, en general, los participantes mencionaron varias herramientas en sus respuestas. La respuesta más prevalente tanto para las madres, padres o tutores fue la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp. La segunda opción más mencionada por ambos grupos fueron las aplicaciones y como tercera opción, los correos electrónicos.

Tabla 15: Herramientas digitales propuestas según rol

Herramientas digitales	Madres, padres o tutores	Profesionales	Total
Aplicaciones	60	20	80
Archivos compartidos o Google Drive	5	5	10
Blog	2	5	7
Correo electrónico	60	12	72
Encuestas virtuales	1	1	2
Facebook	5	1	6
Instagram	6	3	9
Internet	6	0	6
Juegos	3	2	5

Newsletter	19	2	21
Página web	6	3	9
Redes Sociales	7	8	15
SMS	1	1	2
Telegram	4	0	4
Twitter	3	1	4
Videollamadas, Webinars, Zoom o Meet	46	4	50
Videos o YouTube	21	12	33
WhatsApp	87	22	109
Otros/No aplica	31	8	39

Para conocer las temáticas más relevantes para incluir en el programa, se les consultó a las madres, padres o tutores el nivel de desafío que le suponían ciertos aspectos a la hora de acompañar el crecimiento de sus hijos. A los profesionales, se les preguntó el nivel de desafío que ellos consideraban que suponían para las familias estos mismos temas. Para valorar el nivel de desafío, los participantes debían poner un puntaje de 0 a 10 en cada una de las temáticas. Estas, fueron armadas en base a la Galaxia Saludable de la Gasol Foundation, incluyendo los temas relacionados a cada uno de los planetas que la componen detallados en la Tabla 16.

Tabla 16: Planetas de la Galaxia saludable y temáticas consultadas

Planeta	Temática
Sueño y descanso	Pautas y rutinas del sueño y descanso
	Necesidades de sueño según la edad
Actividad física y juego	Actividad física diaria
	Estimulación física según la edad
	Uso de pantallas
Alimentación saludable	Alimentación para el desarrollo saludable
	Introducción a los nuevos alimentos
	Lactancia materna

Bienestar emocional	Gestión de las emociones
	Límites
	Vínculos familiares saludables
	Autoestima

Los resultados de la valoración de las temáticas se observan en la Figura 20. La temática considerada con un mayor nivel de desafío, al tener el puntaje de media máximo, tanto para las madres, padres o tutores como para los profesionales fue la de la gestión de las emociones, con un puntaje de 8,18 y 8,24 puntos respectivamente. Cabe mencionar que para todas las categorías consultadas, a excepción del autoestima, los profesionales dieron puntajes mayores que los familiares a las categorías.

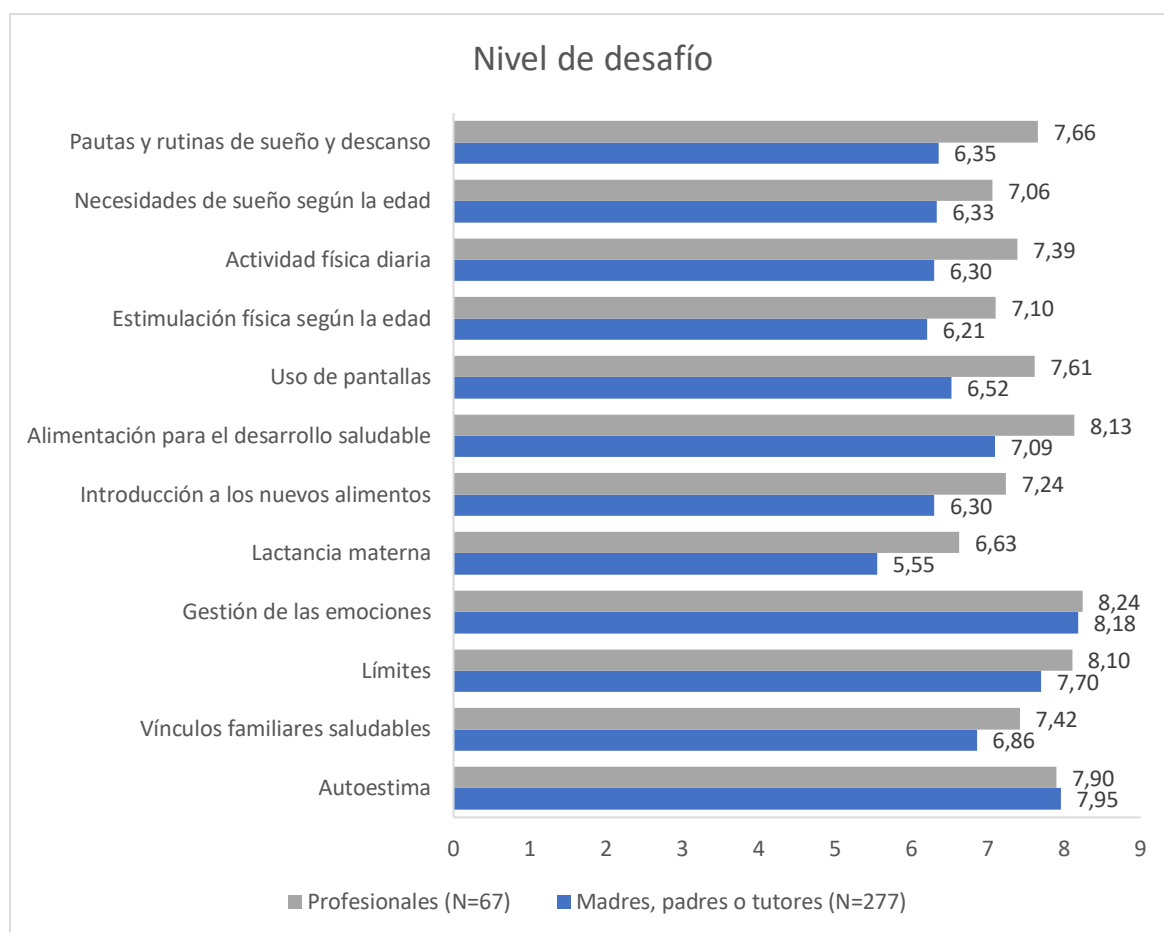


Figura 20: Media del nivel de desafío que suponen ciertas temáticas en el acompañamiento del crecimiento de los niños/as según rol

Ante la pregunta de si consideraban que los primeros años de vida eran importantes para prevenir la obesidad, la mayoría de las madres, padres o tutores (98,19%) y de los profesionales (97,01%) respondieron que sí (ver Figura 21 y Figura 22).

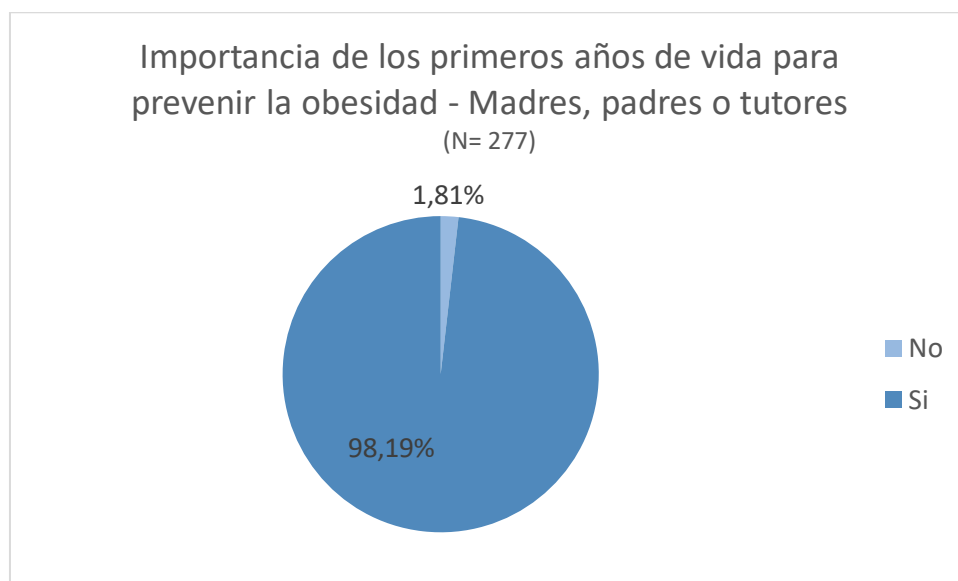


Figura 21: Importancia de los primeros años de vida para prevenir la obesidad - Madres padres o tutores

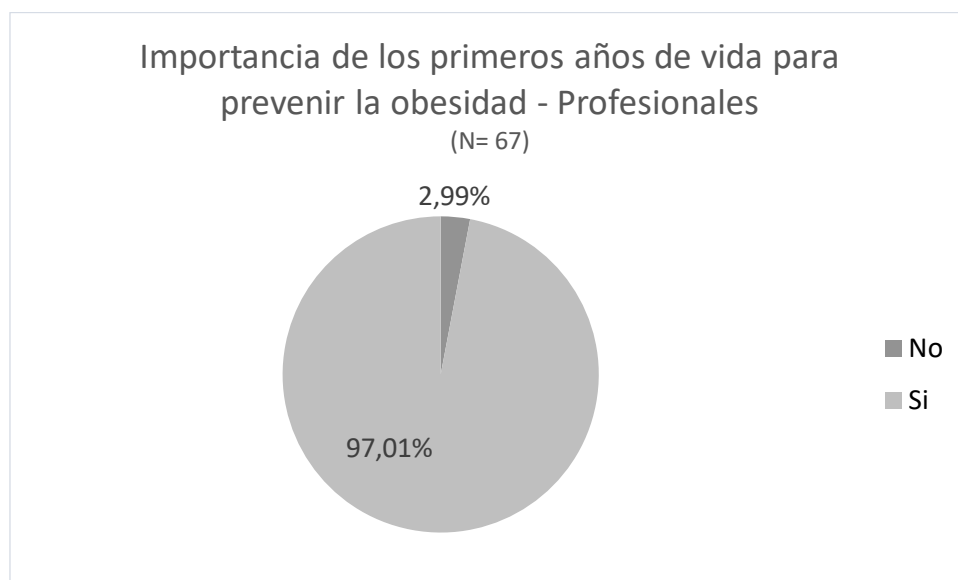


Figura 22: Importancia de los primeros años de vida para prevenir la obesidad – Profesionales

A las madres, padres y tutores se les preguntó si identificaban aspectos en los que les gustaría mejorar para fomentar el crecimiento de sus hijos/as, y a los profesionales se les preguntó si identificaban aspectos en los que los padres querrían mejorar. Como se observa en la Figura 23, para ambos grupos, la respuesta más prevalente fue que sí. Un 88,81% de las madres,

padres o tutores consideraban que tenían aspectos a mejorar y el 86,57% de los profesionales consideraban que los padres tenían aspectos que les gustaría mejorar.

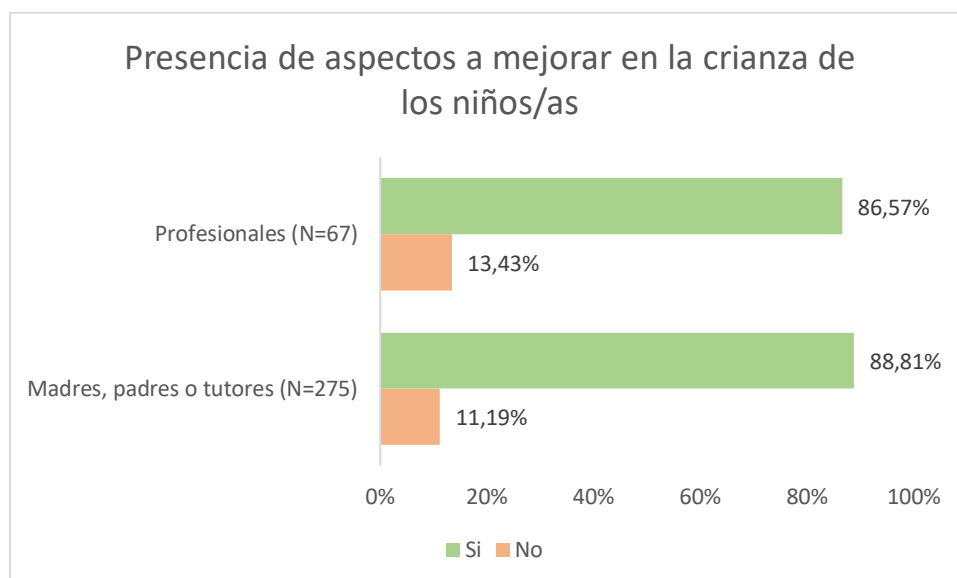


Figura 23: Presencia de aspectos a mejorar en la crianza de los niños/as según rol

Se consultó a ambos grupos cuales serían las mayores barreras con las que se encontrarían las madres, padres o tutores si quisieran mejorar los hábitos de sus hijos/as para fomentar un estilo de vida más saludable, ofreciendo una lista de 9 opciones, de la cual podían escoger varias. Luego, para cada una de las opciones seleccionadas se solicitó que pusieran un puntaje de 0 a 10, para valorar el nivel de influencia de la barrera seleccionada.

Como se observa en la Tabla 17, la barrera para el cambio más prevalente entre las madres, padres o tutores fue la falta de tiempo, siendo esta opción seleccionada por el 57,8%. La segunda barrera más escogida (31.4%) fue el recibir información contradictoria.

Tabla 17: Barreras para el cambio - Madres, padres y tutores

Barreras para el cambio Madres, padres y tutores (N=277)	Frecuencia	Porcentaje	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
La falta de información	34	12,27%	3	10	7,44	1,744
El recibir información contradictoria	87	31,4%	2	10	7,37	1,971
El no saber cómo cambiar	78	28,2%	2	10	7,12	1,721
El no sentirse capaz de hacerlo	35	12,6%	2	10	6,94	2,209
La falta de tiempo	160	57,8%	1	10	7,86	1,942
La falta de apoyo social	63	22,7%	3	10	7,41	1,855
La falta de coordinación en el núcleo familiar o pareja	54	19,5%	4	10	7,46	1,634
La falta de iniciativas y recursos en la comunidad	50	18,1%	2	9	7,02	1,571
La falta de recursos económicos	24	8,7%	3	10	7,71	1,601

En cuanto a las respuestas de los profesionales, tal y como se observa en la Tabla 18, las barreras que consideraban de mayor impacto para las familias fueron el no saber cómo cambiar (65,7%) y la falta de tiempo (65,7%). Cabe mencionar que la barrera de falta de recursos económicos obtuvo un 50,7% de respuestas en este grupo, mientras que en el de madres padres o tutores sólo el 8,7%.

Tabla 18: Barreras para el cambio - Profesionales

Barreras para el cambio – Profesionales (N=67)	Frecuencia	Porcentaje	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
La falta de información	25	37,3%	5	10	8,16	1,675
El recibir información contradictoria	26	38,8%	6	10	7,96	1,248
El no saber cómo cambiar	44	65,7%	5	10	8,00	1,570
El no sentirse capaz de hacerlo	31	46,3%	5	10	7,94	1,526
La falta de tiempo	44	65,7%	4	10	8,59	1,386
La falta de apoyo social	21	31,3%	5	10	7,81	1,436
La falta de coordinación en el núcleo familiar o entre la pareja	29	43,3%	5	10	7,59	2,02
La falta de iniciativas y recursos en mi comunidad	19	28,4%	2	10	6,95	1,957
La falta de recursos económicos	34	50,7%	4	10	8,53	1,502

Análisis bivariado

Para profundizar en el análisis de los resultados, se estudiaron las asociaciones entre las respuestas a las preguntas y las variables de género y nivel educativo de las madres, padres o tutores. A continuación, se presentan los resultados que tuvieron significación estadística.

Al analizar las respuestas de las madres, padres o tutores según su género, se encontraron diferencias en las preferencias de la edad de inicio para el programa y el horario más apropiado para realizar las sesiones y en las percepciones de barreras para el cambio de hábitos.

En cuanto a la edad de los niños/as más oportuna para el comienzo del programa, tal cómo se muestra en la Tabla 19, las madres consideraron que el inicio debía darse a edades más tempranas que los padres. Desde el nacimiento, hasta los 18 meses de edad se concentran las

edades consideradas más apropiadas por el 75,76% de las madres encuestadas, mientras que en ese mismo rango etario se concentran el 47,17% de los padres. La edad más escogida por ellos (24,53%) fue de 3 a 4 años. Al profundizar en los comentarios opcionales de los padres que eligieron esta edad, se encuentran enunciados como: *“Es cuando empiezan a comprender mejor el entorno donde están”, “Tienen más razonamiento y son más independientes”, “Creo que es cuando los niños empiezan a tomar más conciencia de las cosas que pasan en general y que antes pueden no lograr entenderlo”, “El niño empieza a entender las cosas y puedes razonar con él”, “Creo que debe ser pronto, pero no antes de los 3 (poca madurez niño/a)”*.

Tabla 19: Edad de inicio al programa según Género de madres, padres o tutores

Edad de inicio		Género madres, padres o tutores		Total
		Masculino	Femenino	
Desde el nacimiento	Recuento	13	29	42
	% dentro de Género	12,26%	21,97%	17,65%
De 3 a 6 meses	Recuento	5	13	18
	% dentro de Género	4,72%	9,85%	7,56%
De 6 a 12 meses	Recuento	16	28	44
	% dentro de Género	15,09%	21,21%	18,49%
De 12 a 18 meses	Recuento	16	30	46
	% dentro de Género	15,09%	22,73%	19,33%
De 18 a 24 meses	Recuento	12	8	20
	% dentro de Género	11,32%	6,06%	8,40%
De 3 a 4 años	Recuento	26	10	36
	% dentro de Género	24,53%	7,58%	15,13%
De 4 a 5 años	Recuento	9	3	12
	% dentro de Género	8,49%	2,27%	5,04%
De 5 a 6 años	Recuento	5	3	8
	% dentro de Género	4,72%	2,27%	3,36%
En todas por igual	Recuento	4	8	12
	% dentro de Género	3,77%	6,06%	5,04%
Total	Recuento	106	132	238
P Valor				0,001

Tanto para las madres (47,68%), como para los padres (57,94%), el horario más escogido para la realización de las sesiones fue de 16 a 20 horas. Sin embargo, hubo diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de estos grupos, siendo mayor el porcentaje de madres que aceptarían el horario previo a las 16 horas que el de los padres . Ver Tabla 20.

Tabla 20: Horario de las sesiones según Género de madres, padres o tutores

		Género madres, padres o tutores		Total
Horario de las sesiones		Masculino	Femenino	
De 8 a 12 hs	Recuento	35	50	85
	% dentro de Género	27,78%	33,11%	30,69%
De 12 a 16 hs	Recuento	7	22	29
	% dentro de Género	5,56%	14,57%	10,47%
De 16 a 20 hs	Recuento	73	72	145
	% dentro de Género	57,94%	47,68%	52,35%
Es indistinto	Recuento	11	7	18
	% dentro de Género	8,73%	4,64%	6,50%
Total	Recuento	126	151	277
P Valor				0,028

De las barreras para el cambio de hábitos consultadas, hubo dos que presentaron resultados diferentes entre las madres y los padres. Estas son la falta de apoyo social y la falta de recursos económicos. Como se observa en la Tabla 21, más mujeres (27,8%) que hombres (16,7%) sintieron que la falta de apoyo social es una barrera de importancia a la hora de querer mejorar los hábitos de sus hijos/as.

Tabla 21: Prevalencia de la barrera Falta de apoyo social según Género de madres, padres o tutores

			Género madres, padres o tutores		Total
			Masculino	Femenino	
Falta de apoyo social	No	Recuento	105	109	214
		% dentro de Género	83,3%	72,2%	77,3%
	Si	Recuento	21	42	63
		% dentro de Género	16,7%	27,8%	22,7%
Total		Recuento	126	151	277
P Valor					0,019

En lo que respecta a la falta de recursos económicos, como se muestra en la Tabla 22, los hombres (14,29%) mencionaron más esta barrera que las mujeres (3,97%).

Tabla 22: Prevalencia de la barrera Falta de recursos económicos según Género de madres, padres o tutores

			Género madres, padres o tutores		Total
			Masculino	Femenino	
Falta de recursos económicos	No	Recuento	108	145	253
		% dentro de Género	85,71%	96,03%	91,34%
	Si	Recuento	18	6	24
		% dentro de Género	14,29%	3,97%	8,66%
Total		Recuento	126	151	277
P Valor					0,002

Se analizó si el nivel educativo de las madres, padres o tutores tenía relación con las respuestas de los participantes. Para ello se dividió la muestra entre los que contaban con estudios universitarios (74,7%) y los que no (25,3%). Como se observa en la Tabla 23, se hallaron diferencias en la preferencia del horario para la realización de las sesiones. Si bien tanto para los universitarios (54,11%), como para los no universitarios (47,14%), el horario más escogido fue el de 16 a 20 horas, hubo diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de ambos grupos.

Tabla 23: Horario de las sesiones según el nivel de estudio de madres, padres o tutores

			Nivel de estudio		Total
			No universitarios	Universitarios	
Horario de las sesiones	De 8 a 12 hs	Recuento	17	68	85
		% dentro de Nivel de estudio	24,29%	32,85%	30,69%
	De 12 a 16 hs	Recuento	11	18	29
		% dentro de Nivel de estudio	15,71%	8,70%	10,47%
	De 16 a 20 hs	Recuento	33	112	145
		% dentro de Nivel de estudio	47,14%	54,11%	52,35%
	Es indistinto	Recuento	9	9	18
		% dentro de Nivel de estudio	12,86%	4,35%	6,50%
Total		Recuento	70	207	277
P Valor					0,018

En el estudio de las barreras para el cambio, solo en una de ellas hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de universitarios y no universitarios. La falta de recursos económicos fue considerada como una barrera relevante para el cambio de hábitos para el 22,9% de los no universitarios, mientras que solo el 3,9% de los universitarios la consideraron de importancia.

Tabla 24: Impacto de la barrera Falta de recursos económicos según el nivel de estudio

			Nivel de estudio		Total
			No universitarios	Universitarios	
Falta de recursos económicos	No	Recuento	54	199	253
		% dentro de Nivel de estudio	77,14%	96,14%	91,34%
	Si	Recuento	16	8	24
		% dentro de Nivel de estudio	22,86%	3,86%	8,66%
Total		Recuento	70	207	277
P Valor					0,000

De las valoraciones mediante la puntuación en la escala del 0 a al 10 de las barreras para el cambio, hubo diferencias estadísticamente significativas en dos de ellas. Como se observa en la Tabla 25, los no universitarios valoraron con mayores puntajes las barreras de la falta de coordinación en el núcleo familia o pareja y la falta de iniciativas y recursos en la comunidad.

Tabla 25: Puntajes de valoración de barreras para el cambio según nivel de estudios

	Nivel de estudio madres, padres o tutores	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Valoración falta de coordinación en el núcleo familiar o pareja	Universitarios	43	7,19	1,622	,247
	No universitarios	11	8,55	1,214	,366
Valoración falta de iniciativas y recursos en la comunidad	Universitarios	36	6,75	1,697	,283
	No universitarios	14	7,71	,914	,244

Tabla 26: Prueba T para la igualdad de medias de Puntajes de valoración de barreras para el cambio según nivel de estudios de madres, padres o tutores

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Valoración falta de coordinación en el núcleo familiar o pareja	-2,592	52	,012	-1,359	,524	-2,412	-,307
Valoración falta de iniciativas y recursos en la comunidad	-2,008	48	,050	-,964	,480	-1,930	,001

Resultados Objetivo 3 Diseño del programa

Programa diseñado antes de la evaluación formativa

A continuación, se describen las características del Programa diseñado, de manera conjunta con el equipo de desarrollo de programas de la Gasol Foundation, previamente a la realización de la encuesta correspondiente al Objetivo 2.

Programa PREFIVALÍN

Objetivo general

Conseguir una adecuada evolución del estado ponderal de niños/as 2 a 36 meses en situación de vulnerabilidad para la prevención la obesidad infantil desde la primera infancia, mediante la adopción de hábitos saludables en el ámbito familiar.

Objetivos específicos

1. Involucrar a las madres como agentes fundamentales para la adopción de hábitos de salud de sus hijos o hijas promoviendo vínculos positivos que favorezcan la práctica de las conductas saludables compartidas, tanto a nivel familiar como a nivel grupal.
2. Promover los hábitos saludables claves para la prevención de la obesidad infantil en la primera infancia, relacionadas con la actividad física, la alimentación saludable, el sueño y el descanso y el bienestar emocional.
3. Prevenir la aparición de hábitos no saludables en relación a la actividad física, la alimentación saludable, el sueño y el descanso y el bienestar emocional en la primera infancia.

Acceso a los espacios para la implementación

La intervención será llevada a cabo en algunos de los 30 centros socioeducativos de Barcelona y área metropolitana que forman parte de la red de trabajo de la Gasol Foundation. A través de esta, se contactará con entidades sociales de referencia, a las cuales se les hará llegar la propuesta de participación. Aquellas que muestren interés se les entregará material de difusión para presentar el proyecto a las familias y poder vincularlas al proyecto.

Población destinataria

Criterios de inclusión: Madres y sus hijos/as de 2 a 36 meses de edad en situación de vulnerabilidad, que se encuentren vinculadas a un centro socioeducativo de Barcelona y área metropolitana que atienda a familias en riesgo de exclusión social y que acepte participar en el programa.

Criterios de exclusión: No habrá, ya que se incluirán todas aquellas madres con las características mencionadas anteriormente.

Evaluación de resultados

Se recogerán variables de estilos de vida de las madres y sus hijo/as participantes a través de cuestionarios en línea que se completarán al inicio (PRE) y al final (POST) de la intervención. También se recogerán datos antropométricos: peso, altura y circunferencia de cintura de los niños/as participantes. Las sesiones de evaluación se incluyen como un taller más dentro de los 16 talleres familiares que implementarán en cada centro a través de dos educadores (coordinador/a proyecto + educador de soporte). Ambos capacitados para la implementación de la intervención y la recogida de datos.

Intervención

PREFIVALÍN es un proyecto de intervención familiar para la prevención de la obesidad infantil desde la primera infancia, cuyo objetivo es conseguir una adecuada evolución del estado ponderal de niños/as de 2 a 36 meses de edad en situación de vulnerabilidad, mediante la adopción de hábitos saludables en el ámbito familiar.

El proyecto incluye actividades enfocadas a la capacitación y formación a profesionales, implementación de talleres de promoción de hábitos saludables con las familias participantes, diseño y creación de material educativo dirigido a las familias y a los centros socioeducativos, evaluación del impacto y disseminación de los resultados.

Al ser un proyecto piloto se realizará un completo plan de evaluación basado en metodologías cuantitativas y cualitativas. Participaran un total de 8 centros socioeducativos a través de los

cuales se vinculará un grupo de 15 familias y sus hijos/as de 2 a 36 meses. De los 8 centros, 4 formarán parte del grupo intervención, realizando todas las actividades del proyecto y 4 realizarán las actividades de evaluación. También, se llevarán a cabo sesiones cualitativas con el grupo de educadores/as del centro al inicio y al final del proyecto y con las familias, al final de proyecto. En total participarán 120 familias, de las cuales 60 formarán parte del grupo intervención y 60 de grupo control.

La intervención con las familias, implementada por 2 profesionales capacitados y formados por la Gasol Foundation, será dinámica y acompañará el nivel evolutivo de los niños y niñas, contemplando los cambios propios de cada etapa del desarrollo en la propuesta, y posibilitando a las madres profundizar en las necesidades actuales y futuras de sus hijos. Se creará un espacio de seguridad, donde las participantes puedan compartir sus vivencias y adoptar roles protagónicos y dinámicos, que logren fomentar la autoeficacia y la influencia positiva del grupo.

Implementación

Los talleres serán implementados de octubre 2020 a junio 2021. El programa tendrá una duración total de 8 meses.

Se llevarán a cabo 16 talleres de 2 horas dirigidos a madres de niños/as de 2 a 36 meses y sus hijos en 4 centros socioeducativos de Barcelona y área metropolitana. Las intervenciones se realizarán cada 15 días.

Para involucrar a las madres y sus niños y niñas, se les invitará a realizar un viaje por la Galaxia saludable. Este modelo metafórico caracteriza los proyectos de la Gasol Foundation y explica fácilmente los determinantes para un desarrollo activo y saludable de las niñas y niños. La galaxia saludable está formada por 4 planetas: alimentación saludable, actividad física y deportes, duración y calidad del sueño y bienestar emocional, todos interconectados. En este sentido, cuando un planeta de la Galaxia tiende a estar en equilibrio, los otros tres también tienden a estar en equilibrio y lo mismo ocurre a la inversa.

Los talleres se basarán en este viaje a través de Galaxia Saludable, donde los participantes descubrirán los conceptos y comportamientos clave para lograr un estilo de vida activo y saludable desde la primera infancia. Durante su viaje por el espacio y una vez finalizado se les propondrá el reto de difundir todas las vivencias y aprendizajes en sus familias.

El abordaje del planeta del bienestar emocional será transversal a todo el proyecto. Para cada uno de los planetas que componen la Galaxia Saludable, en cada taller se profundizará en uno de estos temas:

Actividad física:

- Pantallas: ¿cómo educar en un uso saludable?
- Estimulación motriz: actividades que promueven el desarrollo motriz del niño o niña en casa y en la comunidad.
- Juego en movimiento: el valor simbólico del juego para educar en hábitos saludables de actividad física desde la primera infancia.

Alimentación:

- Lactancia materna: el rol de la madre y la comunidad.
- Alimentación complementaria, autorregulación energética y neofobia alimentaria.
- Alimentación saludable aplicada al día a día de cada uno. Influencias internas y externas en la elección de los alimentos. Mirada crítica a los productos alimenticios. Lectura de etiquetas.

Bienestar emocional:

- Estadios madurativos y emociones de los niños/as: adecuada interpretación, sentimientos de las madres frente a estos.
- Establecimiento de límites y comunicación familiar positiva.
- Generación de un vínculo afectivo seguro desde la primera infancia.

Sueño:

- Importancia de establecer rutinas saludables de horas de sueño y uso de pantallas.
- Acompañamiento afectivo a los niños/as a la hora de dormir. El beso de buenas noches.
- Relajación en el hogar: ¿cómo fomentarla?

Cronograma de implementación

Para llevar a cabo el programa, se estableció el cronograma detallado en la Tabla 27.

Tabla 27: Cronograma de implementación de los talleres

Mes	# Semana	Intervención	Destinatarios
Noviembre	1	Evaluación Inicial	Madres y niños/as
	3	Taller inicial	
Diciembre	1	Bienestar emocional	
	3	Alimentación saludable	
Enero	1	Bienestar emocional	
	3	Sueño y descanso	
Febrero	1	Actividad física	
	3	Alimentación saludable	
Marzo	1	Actividad física	
	3	Sueño y descanso	
Abril	1	Bienestar emocional	
	3	Alimentación saludable	
Mayo	1	Sueño y descanso	
	3	Actividad física	
Junio	1	Taller final	
	3	Evaluación final	

Los talleres tendrían una estructura básica común, dividiendo el tiempo de las sesiones en 3 momentos, como se muestra en la Tabla 28.

Tabla 28: Estructura básica de los talleres

Tiempo	Actividad
0 - 40 min	Presentación del taller Puesta en clima
40 - 80 min	Actividades grupales según momento evolutivo
80 - 120 min	Cierre grupal Merienda compartida

Materiales educativos

Para transmitir los mensajes se utilizarán materiales educativos diseñados específicamente para el programa. Estos incluirán videos, cuadernos de crianza que acompañarán el desarrollo de cada uno de los niños/as, un mural grupal en el centro que se irá completando semana a semana con las temáticas trabajadas y un mural familiar para los hogares de los participantes.

Como parte de las estrategias educativas se hará uso de las herramientas tecnológicas, mediante fotos grupales impresas en el momento para el mural del Centro y el envío de infografías, fotos y videos por WhatsApp.

Análisis comparativo

Al analizar las características del programa originalmente concebido y las características descritas por los participantes de la encuesta de la evaluación formativa del Objetivo 2 (ver Tabla 29), se encuentran aspectos a mantener y aspectos a reconsiderar previamente a la implementación del programa.

Entre los aspectos a mantener, se encuentra la duración del programa, por su similitud a la expectativa de los encuestados. Dada la heterogeneidad entre las respuestas de los encuestados por sus distintos lugares de residencia, un aspecto a mantener es lugar para la realización de las sesiones, es decir los centros socioeducativos, ya que resultan convenientes por sus vínculos con la organización y porque acuden a estos familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica. También, se mantendría la decisión de incluir herramientas digitales en el programa y la elección de WhatsApp como canal de comunicación con las familias.

Entre los aspectos a reevaluar y reconsiderar antes de llevar a cabo la implementación del programa, se encuentra la modalidad de las sesiones, siendo oportuno analizar la viabilidad de la incorporación de sesiones individuales a las grupales antes pensadas. También, la edad de inicio al programa, pudiéndose ampliar el rango e incluir a niños/as menores de dos meses si las familias lo desean. En cuanto a la frecuencia de las sesiones, podrían evaluarse de manera más concreta las necesidades de los destinatarios del programa, aunque también se podrían mantener las sesiones quincenales. Un aspecto muy relevante a revisar es la duración de las sesiones, ya que la planificación inicial, de sesiones de dos horas, no coincide con la duración considerada apropiada por los participantes. Una posible solución sería dividir en dos las sesiones planificadas, de manera que tengan una duración de una hora y una frecuencia semanal. Si bien no se encontraban previamente definidos, a partir de la evaluación formativa se conoció que los días y horarios de las sesiones deberían ser de lunes a viernes, entre las 16 y las 20 horas.

Tabla 29: Análisis comparativo de las características del Programa diseñado y los resultados de la evaluación formativa

Características	Diseño del Programa	Resultados preponderantes Evaluación formativa
Modalidad de las sesiones	Grupales	Mixtas (sesiones grupales e individuales)
Duración del programa	8 meses (de noviembre a junio)	Un ciclo lectivo escolar (de septiembre a junio)
Edad infantil de inicio	2 meses	Entre el nacimiento y los 24 meses
Frecuencia de las sesiones	Quincenales	Semanales o quincenales
Duración de las sesiones	2 horas	Entre 45 minutos y 1 hora
Días de la semana	No definido	De lunes a viernes
Horario de las sesiones	No definido	De 16 a 20 hs.
Lugar de realización de las sesiones	Centros socioeducativos	Colegios, centros cívicos o culturales
Herramientas digitales	Fotos, vídeos e infografías por mensajería WhatsApp	Mensajería WhatsApp, Aplicaciones

Discusión

El presente trabajo ha buscado profundizar en las oportunidades de prevención de la obesidad infantil en la primera infancia, entendiendo, en base a la evidencia científica, que este es un momento clave para poder frenar el avance de la epidemia de la obesidad en los niños/as. Para ello, se analizó la influencia del nivel socioeconómico en el estado ponderal de la población infantil, se consultó a las madres, los padres y los profesionales que tienen contacto día a día con los niños/as pequeños/as y se diseñó un programa de Educación para la Salud basado en la evidencia científica para promover hábitos de vida saludable y prevenir la obesidad desde la primera infancia.

Las principales fortalezas del estudio de asociación entre el estado ponderal de los niños/as y los niveles socioeconómicos fue el tamaño de la muestra y el uso de datos públicos oficiales en el análisis del nivel socioeconómico. La principal limitación fue la falta de información acerca de la ubicación de las secciones censales de residencia los niños/as, dado que la sección censal de la escuela puede no corresponderse con la del domicilio de sus alumnos/as y, en consecuencia, tampoco los niveles de renta media de las familias.

Las principales fortalezas de la evaluación formativa realizada mediante la encuesta fueron el amplio alcance geográfico, la representación de los géneros femenino y masculino y la inclusión de adultos que acompañan desde roles variados las vidas de los niños/as pequeños. La principal limitación fue la falta de representación de la población en situación de vulnerabilidad socioeconómica, aspecto que se infiere por el alto nivel educativo de los participantes de la encuesta.

La principal fortaleza del Programa PREFIVALÍN fue su diseño en base a literatura científica y experiencias previas y el contraste con la evaluación formativa previo al comienzo de la implementación. Su limitación es encontrarse en fase de diseño, siendo preciso implementar una prueba piloto para realizar un análisis de la efectividad.

El estudio de asociación entre el estado ponderal y el nivel socioeconómico permitió identificar una correlación entre el nivel de ingresos y la prevalencia de sobrepeso, obesidad, obesidad severa y obesidad abdominal. Este hallazgo tuvo especial importancia entre los niños/as con diagnóstico de obesidad severa u obesidad abdominal, no solo por reflejar

resultados de mayor significación estadística, sino por representar un riesgo mayor de comorbilidades en los niños/as. Este resultado se condice con lo planteado en la Carta Europea Contra la Obesidad (27) que expone que el exceso de peso y la obesidad afectan principalmente a las personas de los grupos socioeconómicos más bajos y esto, a su vez, contribuye a aumentar las desigualdades de salud y de otros tipos.

La exploración de las características que debería tener un programa destinado a prevenir la obesidad infantil desde la primera infancia, mediante la evaluación formativa, permitió conocer en mayor profundidad las necesidades de las madres y los padres y la visión de los profesionales dedicados a la primera infancia. Los resultados proporcionaron información muy valiosa y detallada que permitió conocer las características más apropiadas para el programa, las situaciones que resultan más desafiantes a la hora de la crianza de los hijos/as y las barreras con las que se encuentran las familias a la hora de querer mejorar hábitos. Esta aproximación resulta fundamental para poder diseñar estrategias que se ajusten a la realidad y que atiendan necesidades genuinas, que permitan cumplir con el objetivo de reducir la epidemia de la obesidad infantil. Como sugiere esta revisión (25), la evidencia sugiere que los padres, los cuidadores y las familias deben recibir apoyo para brindar cuidado y protección para que los niños/as pequeños alcancen su potencial de desarrollo y los resultados de la encuesta parecerían coincidir con este enunciado.

El diseño del programa PREFIVALÍN ofrece una posibilidad para el abordaje de la prevención de la obesidad infantil desde la primera infancia, basado en la evidencia científica y en evaluación formativa. La exposición de la cronología de su diseño en este trabajo busca reflejar la manera en que se pueden desencadenar los procesos en la realidad, que dista, a veces, del orden teórico. Resultó interesante contrastar las características definidas en base a la teoría con las que surgían de las precepciones de los encuestados, ya que se encontraron similitudes y diferencias que ofrecen la posibilidad de ajustar a la realidad el programa diseñado. Asimismo, este diseño se vio enriquecido por el estudio de asociación entre el estado ponderal y el nivel socioeconómico, ya que se reforzó la relevancia de dirigir el programa a la población en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Como se ha profundizado a lo largo del trabajo, la obesidad infantil es una epidemia mundial, cuyo modo de abordaje y prevención se encuentran aún en discusión en la comunidad científica. Si bien hace falta mayor evidencia, parecería haber consenso en que existen en la

primera infancia oportunidades para prevenir el avance de la epidemia (28) (29). Es preciso reconocer la relación entre esta patología y las desigualdades socioeconómicas para poder atender las necesidades de quienes, no solo se encuentran más afectados por la obesidad, sino también disponen de menos recursos para hacer frente a la enfermedad y sus comorbilidades asociadas. Los esfuerzos destinados a la educación para la salud deben contemplar esta realidad e impulsar la reducción de la desigualdad en el acceso a una vida saludable.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. 2016.
2. UNICEF. Children , food and nutrition: growing well in a changing world. New York; 2019. 1-258 p.
3. Bechard LJ, Rothpletz-Puglia P, Touger-Decker R, Duggan C, Mehta NM. Influence of obesity on clinical outcomes in hospitalized children. Vol. 167, JAMA Pediatrics. 2013. p. 476-82.
4. Berenson GS. Health Consequences of Obesity [Internet]. Vol. 58, Pediatric Blood and Cancer. 2012 [citado 30 de enero de 2020]. p. 117-21. Disponible en: www.archdischild.com
5. Chung ST, Onuzuruike AU, Magge SN. Cardiometabolic risk in obese children. Vol. 1411, Annals of the New York Academy of Sciences. Blackwell Publishing Inc.; 2018. p. 166-83.
6. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. Vol. 35, International Journal of Obesity. 2011. p. 891-8.
7. Unicef/ WHO/The World Bank. Levels and Trends in Child malnutrition - Unicef WHO The World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, key findings pf the 2019 edition. Unicef. 2019.
8. Garrido-Migue M, Oliveira A, Caverro-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Soriano-Cano A, et al. Prevalence of overweight and obesity among european preschool children: A systematic review and meta-regression by food group consumption. Vol. 11, Nutrients. MDPI AG; 2019.
9. Aranceta-Bartrina J, Gianzo-Citores M, Pérez-Rodrigo C. Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in the Spanish population aged 3 to 24 years. The ENPE study. Rev Esp Cardiol. 2019;

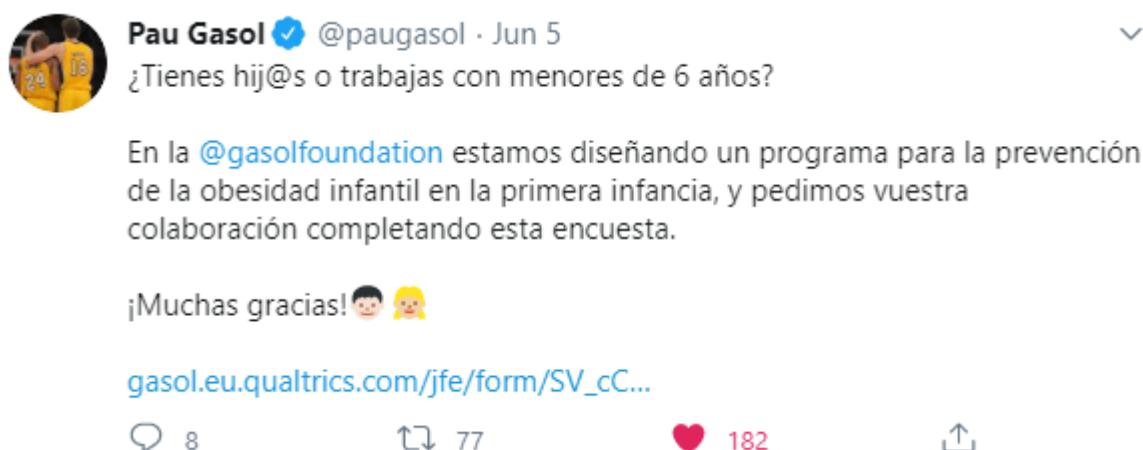
10. AECOSAN. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición; 2016.
11. Gasol Foundation. Informe estudio PASOS 2019. Gasol Foundation. Sant Boi de Llobregat, Barcelona; 2019.
12. Informe de salut 2017 [Internet]. Barcelona: Servei del Pla de Salut. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018. Disponible en:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serv
13. Gasol Foundation. Resultats de l' estudi Sant Boi Sà 2018 . Estat Ponderal a la primera infància de Sant Boi de Llobregat. Sant Boi de Llobregat, Barcelona; 2018.
14. Irwin L., Siddiqi A., Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia : Un Potente Ecuilibrador Informe Final. Organ Mund la Salud [Internet]. 2007;82. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
15. Konda S, Giri P, Otiv A. Prevention of overweight and obesity in preschool children: an updated review. Int J Res Med Sci. 2014;2(3):1.
16. Yao NL, Hillemeier MM. Weight status in Chinese children: Maternal perceptions and child self-assessments. World J Pediatr. mayo de 2012;8(2):129-35.
17. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. En: Journal of Law, Medicine and Ethics. NIH Public Access; 2007. p. 22-34.
18. Nación M de S de la. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires; 2013.
19. Yavuz HM, Van Ijzendoorn MH, Mesman J, Van Der Veek S. Interventions aimed at reducing obesity in early childhood: A meta-analysis of programs that involve parents. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2015;56(6):677-92.

20. Anderson SE, Whitaker RC. Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 7 de marzo de 2011;165(3):235-42.
21. Birch LL, Ventura AK. Preventing childhood obesity: What works? *Int J Obes*. 2009;33:S74-81.
22. Boots SB, Tiggemann M, Corsini N. Eating in the absence of hunger in young children: The role of maternal feeding strategies. *Appetite*. 1 de noviembre de 2018;130:45-9.
23. Burdette HL, Whitaker RC. A national study of neighborhood safety, outdoor play, television viewing, and obesity in preschool children. *Pediatrics*. septiembre de 2005;116(3):657-62.
24. WHO. European food and nutrition action plan 2015 – 2020. *Eur*. 2014.
25. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Vol. 389, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2017. p. 91-102.
26. Gonzalez-Suarez C, Worley A, Grimmer-Somers K, Dones V. School-Based Interventions on Childhood Obesity. A Meta-Analysis. *Am J Prev Med*. noviembre de 2009;37(5):418-27.
27. Conferencia Ministerial Europea de la Organización Mundial de la Salud contra la Obesidad. *Carta Europea Contra la Obesidad*. Estambul; 2006.
28. Vos MB, Welsh J. Childhood obesity: Update on predisposing factors and prevention strategies. Vol. 12, *Current Gastroenterology Reports*. Springer; 2010. p. 280-7.
29. Lanigan J, Barber S, Singhal A. Prevention of obesity in preschool children. *Proc Nutr Soc*. 2010;69(2):204-10.
30. WHO. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation Plan: Executive summary. 2017.
31. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. Vol. 389, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2017. p. 103-18.

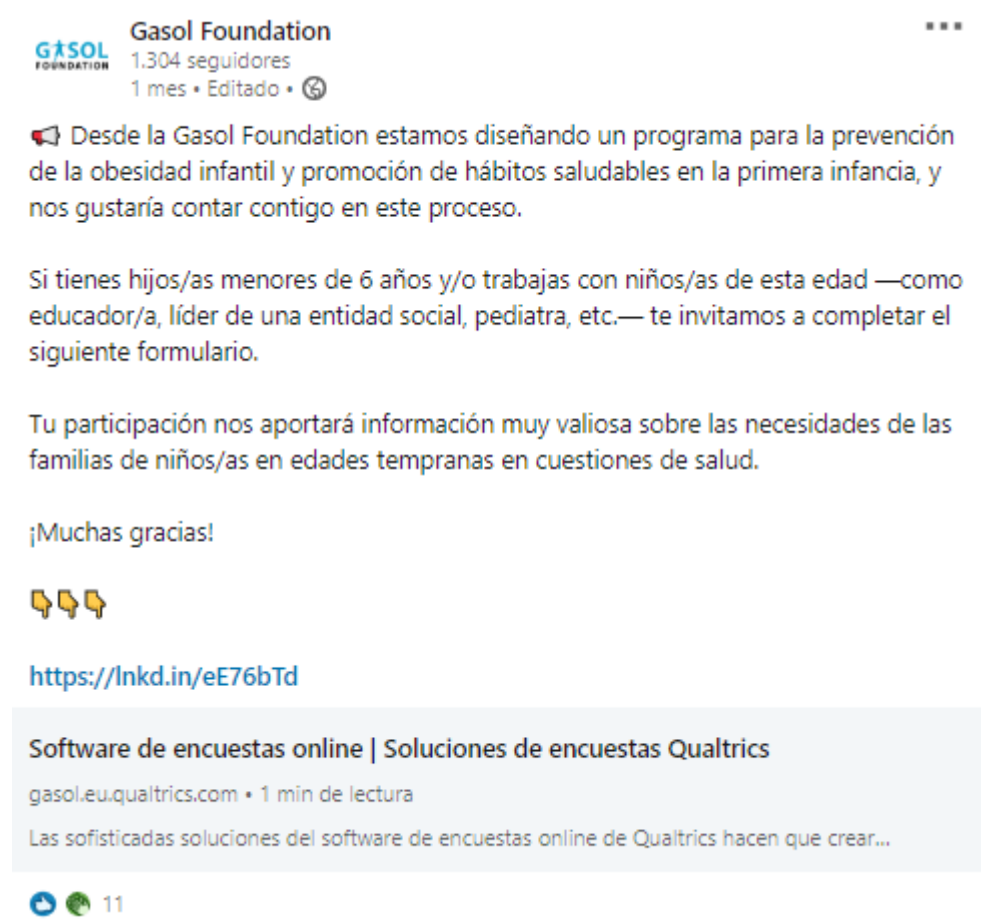
32. Divisi3n de programas UNICEF. Orientaci3n programática de UNICEF para el desarrollo de los ni1os y las ni1as en la primera infancia. Unicef. 2017;1-40.
33. Gasol Foundation. Estudio SantBoiSà : obesidad infantil en Sant Boi de Llobregat. Sant Boi de Lobregat, Barcelona; 2018.
34. World Health Organizartion. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age : methods and development. 2006.
35. Instituto Nacional de Estadística. Atlas de distribuci3n de renta de los hogares (ADRH) Proyecto t3cnico. 2019.

Anexos

Anexo 1: Difusión en redes sociales de la encuesta



Fuente: Twitter de Pau Gasol



Fuente: LinkedIn de la Gasol Foundation

¡Hola!

- Si tienes hijos/as menores de 6 años o

- Si trabajas con niños/as menores de 6 años

¡Te invitamos a completar la siguiente encuesta!

https://gasol.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_cCkWZ1wntMAH2lv

Tu participación es fundamental para el diseño un programa de la Gasol Foundation, para la prevención de la obesidad infantil y promoción de hábitos saludables desde la primera infancia 🧡💖

Puedes contestarla hasta el viernes 5 de junio

¡Muchas gracias! 🙏

5:42 p. m. ✓✓

Mensaje de WhatsApp distribuido a los participantes

Anexo 2: Encuesta realizada mediante el Software Qualtrics



Bloque de preguntas por defecto

PREFIVALÍN: Programa de prevención de la obesidad infantil y promoción de hábitos de vida saludable en la primera infancia

¡Muchas gracias por tu interés y ganas de contribuir en este proyecto!

Tu participación nos aportará información muy relevante para poder conocer en profundidad las necesidades de las familias de niños y niñas en edades tempranas y diseñar, desde la [Gasol Foundation](#), un **programa innovador para el desarrollo saludable y la prevención de la obesidad infantil desde la primera infancia**.

El cuestionario a continuación forma parte del Trabajo Final de Máster en [Educación para la Salud de la Universidad de Lleida](#) de la alumna Agustina Aráoz. Se encuentra **dirigido a adultos que forman parte del entorno de los niños y niñas de 0 a 6 años de edad**, como sus madres y padres, educadoras y educadores, líderes de organizaciones sociales o equipos de pediatría, entre otros.

Se trata de una **encuesta anónima** y los **datos recogidos serán utilizados únicamente para el Trabajo Final de Máster detallado anteriormente**.

Agradecemos mucho tu participación y te animamos a completar el cuestionario **antes del 30 de junio de 2020**.

Datos Generales

Por favor, completa los siguientes datos:

1. ¿Cuál es tu género?:

Femenino

Masculino

Otro

2. ¿Cuál es tu edad? (sólo número):

3. Te encuentras respondiendo esta encuesta en tu rol de:

En el caso de que cumplas con ambos roles, tienes la opción de volver a contestar la encuesta pensando en el segundo rol.

Madre, Padre o Tutor/a legal

Profesional dedicado a la primera infancia

MADRE/PADRE/TUTORA

1. ¿Dónde vives?

País:

Región:

Municipio:

Barrio

2. ¿Cuántos hijos/as tienes?

3. ¿Qué edad tienen tus hijos/as? *Por favor, especifica si es meses o años.*

Hijo/a 1:

Hijo/a 2:

Hijo/a 3:

Hijo/a 4:

Hijo/a 5:

4. ¿Cuál es el nivel de estudios máximo que has alcanzado?

Las siguientes preguntas hacen referencia al programa que estará dirigido a las madres/padres y sus hijos/as de 0 a 6 años de edad.

1. Si fueras a participar de un programa para el crecimiento saludable de tus hijos/as, compuesto por varias sesiones **¿Cómo te gustaría que fuesen las sesiones?**

Grupales

Individuales

Mixtas (algunas sesiones grupales y algunas sesiones individuales)

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

2. Siendo este un programa destinado a acompañar a madres y padres en el crecimiento sus hijos/as hasta los 6 años de edad **¿Cuánto tiempo crees que debería durar todo el programa?**

Por favor, especifica otro:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

3. Considerando los cambios en el desarrollo de los niños y niñas entre los 0 y los 6 años **¿A qué edad del niño o niña te parecería más oportuno comenzar a participar en el programa?**

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

4. ¿Con que frecuencia deberían realizarse las sesiones?

Por favor, especifica otra:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

5. Desde tu punto de vista... ¿Cuánto tiempo deberían durar las sesiones?

Por favor, especifica otro:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

6. Pensando en tu organización familiar, **¿Qué días de la semana te resultarían más convenientes para asistir a las sesiones?** En la siguiente pregunta te pediremos información sobre el horario más adecuado.

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

7. **¿Qué franja horaria resultaría más apropiada para la realización de las sesiones?**

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

8. Desde tu perspectiva como madre/padre y pensando en tu barrio y tu comunidad. **¿Cuál crees que sería el lugar ideal para organizar este tipo de sesiones?** Especifica el nombre concreto del lugar.

Por favor, **justifica tu respuesta:**

9. Dentro de las actividades del programa, **¿Consideras útil la incorporación de herramientas digitales, como aplicaciones, mails, newsletters o mensajes de WhatsApp?**

Si

No

Por favor, **indica qué herramientas digitales** consdieras que podrían ser de utilidad para implementar en el marco del programa y justifica tu respuesta:

Por favor, **justifica tu respuesta:**

10. Desde tu experiencia como madre/padre **valora del 0 al 10 el nivel de desafío/reto** que te **suponen las siguientes temáticas a la hora de acompañar el crecimiento de tus hijos/as.**

- 0 = Muy poco desafiante
- 10 = Muy desafiante

a) BIENESTAR EMOCIONAL:

Muy poco desafiante

Muy desafiante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AUTOESTIMA

**VINCULOS
FAMILIARES
SALUDABLES**

Muy poco desafiante

Muy desafiante

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

LÍMITES

GESTIÓN DE LAS
EMOCIONES

b) ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

Muy poco desafiante

Muy desafiante

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

LACTANCIA
MATERNA

INTRODUCCIÓN A
LOS NUEVOS
ALIMENTOS

ALIMENTACIÓN
PARA EL
DESARROLLO
SALUDABLE

c) ACTIVIDAD FÍSICA Y JUEGO:

Muy poco desafiante

Muy desafiante

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

USO DE
PANTALLAS

ESTIMULACIÓN
FÍSICA SEGÚN LA
EDAD

Muy poco desafiante

Muy desafiante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ACTIVIDAD FÍSICA
DIARIA

d) SUEÑO Y DESCANSO:

Muy poco desafiante

Muy desafiante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NECESIDADES DE
SUEÑO SEGÚN LA
EDAD

PAUTAS Y
RUTINAS DEL
SUEÑO Y EL
DESCANSO

Por favor, si lo consideras, especifica otras temáticas que podrían resultar desafiante:

11. ¿Consideras que los primeros años de vida son importantes para prevenir la obesidad?

Sí

No

Por favor, **justifica tu respuesta:**

12. Como madre/padre, **¿identificas algunos aspectos en los que te gustaría mejorar para fomentar el crecimiento de tus hijos/as?**

Sí

No

Por favor, **justifica tu respuesta y concreta qué aspectos te gustaría mejorar:**

13. Si quisieras mejorar los hábitos de tus hijos/as para fomentar un estilo de vida más saludable, **¿cuáles son las mayores barreras con las que te encontrarías?** *Puedes indicar más de una opción.*

La falta de información

El recibir información contradictoria

El no saber cómo cambiar

El no sentirse capaz de hacerlo

La falta de tiempo

La falta de apoyo social

La falta de coordinación en mi núcleo familiar o pareja

La falta de iniciativas y recursos en mi comunidad

La falta de recursos económicos

Otras

No identifico necesario modificar los hábitos de mis hijos/as

Por favor, especifica otras:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

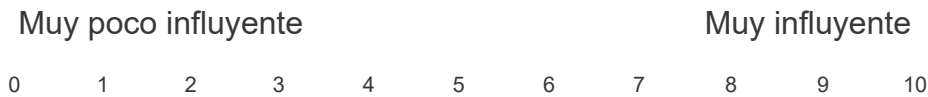
- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente



FALTA DE INFORMACIÓN

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente



INFORMACIÓN
CONTRADICTORIA

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente



NO SABER CÓMO
CAMBIAR

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente



Muy poco influyente

Muy influyente

012345678910

NO SENTIRSE CAPAZ

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

012345678910

FALTA DE TIEMPO

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

012345678910

FALTA DE APOYO SOCIAL

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**FALTA COORDINACIÓN
CON MI NÚCLEO
FAMILIAR O PAREJA**

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**FALTA INICIATIVAS Y
RECURSOS EN MI
COMUNIDAD**

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para llevar a cabo una mejora de los hábitos de tus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy poco influyente

Muy influyente

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

FALTA DE RECURSOS
ECONÓMICOS

PROFESIONALES

Si a la vez de profesional, eres madre o padre de un niño o niña de 0 a 6 años, te pedimos si puedes, por favor, al finalizar el cuestionario como profesional, volver a contestarlo desde tu rol de madre o padre ¡Muchísimas gracias!

Escribe tu posición actual como profesional dedicado a Primera Infancia:

1. Indica dónde desarrollas tu tarea profesional:

País:

Región:

Municipio:

Barrio

2. Especifica el rango de edad de la población infantil con la que trabajas:

Desde (edad mínima en meses):

Hasta (edad máxima en meses):

3. ¿Cuál es el nivel de estudios máximo que has alcanzado?

Las siguientes preguntas hacen referencia al programa que estará dirigido a las madres/padres y sus hijos/as de 0 a 6 años de edad

1. Para un programa de promoción del crecimiento saludable para madres y padres junto con sus hijos/as de 0 a 6 años, compuesto por varias sesiones

¿Cómo piensas que deberían ser las sesiones?

Grupales

Individuales

Mixtas (algunas sesiones grupales y algunas sesiones individuales)

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

2. Siendo este un programa destinado a acompañar a madres y padres en el crecimiento sus hijos/as hasta los 6 años de edad **¿Cuánto tiempo crees que debería durar todo el programa?**

Por favor, especifica otro:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

3. Considerando los cambios en el desarrollo de los niños/as entre los 0 y los 6 años **¿A qué edad del niño/a te parecería más oportuno comenzar a participar en el programa?**

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

4. **¿Con que frecuencia deberían realizarse las sesiones?**

Por favor, especifica otra:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

5. Desde tu punto de vista... **¿Cuánto tiempo deberían durar las sesiones?**

Por favor, especifica otro:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

6. Pensando en la organización de las familias, **¿qué días de la semana les resultarían más convenientes para asistir a las sesiones?** En la siguiente pregunta te pediremos información sobre el horario más adecuado.

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

7. ¿Qué franja horaria resultaría más apropiada para la realización de las sesiones?

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

8. Desde tu experiencia como profesional de la primera infancia y pensando en el lugar donde trabajas y la comunidad. ¿Cuál crees que sería el lugar ideal para organizar este tipo de sesiones? Especifica el nombre concreto del lugar.

Por favor, **justifica tu respuesta:**

9. Dentro de las actividades del programa, ¿**Consideras útil la incorporación de herramientas digitales, como aplicaciones, mails, newsletters o mensajes de WhatsApp?**

Sí

No

Por favor, **indica qué herramientas digitales** consdieras que podrían ser de utilidad para implementar en el marco del programa y justifica tu respuesta:

Por favor, **justifica tu respuesta:**

10. Desde tu experiencia como profesional **valora del 0 al 10** el nivel de **desafío/reto** que suponen para las familias las **siguientes temáticas a la hora de acompañar el crecimiento de sus hijos/as**.

0 = Muy poco desafiante 10 = Muy desafiante

a) BIENESTAR EMOCIONAL:

	Muy poco desafiante											Muy desafiante
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
AUTOESTIMA												<input type="text"/>
VINCULOS FAMILIARES SALUDABLES												<input type="text"/>
LÍMITES												<input type="text"/>
GESTIÓN DE LAS EMOCIONES												<input type="text"/>

b) ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

	Muy poco desafiante											Muy desafiante
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
LACTANCIA MATERNA												<input type="text"/>
INTRODUCCIÓN A LOS NUEVOS ALIMENTOS												<input type="text"/>
ALIMENTACIÓN PARA EL DESARROLLO SALUDABLE												<input type="text"/>

c) ACTIVIDAD FÍSICA Y JUEGO:

	Muy poco desafiante	Muy desafiante									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
USO DE PANTALLAS	<input type="text"/>										
ESTIMULACIÓN FÍSICA SEGÚN LA EDAD	<input type="text"/>										
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA	<input type="text"/>										

d) SUEÑO Y DESCANSO:

	Muy poco desafiante	Muy desafiante									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NECESIDADES DE SUEÑO SEGÚN LA EDAD	<input type="text"/>										
PAUTAS Y RUTINAS DEL SUEÑO Y EL DESCANSO	<input type="text"/>										

Por favor, si lo consideras, especifica otras temáticas que podrían resultar desafiantes:

11. ¿Consideras que los **primeros años de vida** son **importantes para prevenir la obesidad**?

Sí

No

Por favor, **justifica tu respuesta**:

12. Como profesional, ¿**identificas algunos aspectos que a las madres y padres les gustaría mejorar para fomentar el crecimiento de sus hijos/as**?

Sí

No

Por favor, **justifica tu respuesta y concreta qué aspectos deberían mejorar**:

Por favor, **justifica tu respuesta**:

13. Si las familias quisieran mejorar los hábitos de sus hijos/as para fomentar un estilo de vida más saludable, **¿cuáles son las mayores barreras con las que se encontrarían?** *Puedes indicar más de una opción.*

La falta de información

El recibir información contradictoria

El no saber cómo cambiar

El no sentirse capaz de hacerlo

La falta de tiempo

La falta de apoyo social

La falta de coordinación en el núcleo familiar o entre la pareja

La falta de iniciativas y recursos de la comunidad

La falta de recursos económicos

Otras

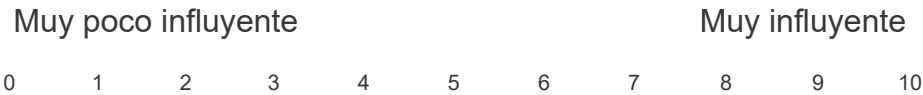
No identifico que las familias consideren necesario modificar los hábitos de sus hijos/as

Por favor, especifica otras:

Si lo crees oportuno, justifica tu respuesta:

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente



FALTA DE INFORMACIÓN

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente



INFORMACIÓN
CONTRADICTORIA

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente



Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**NO SABER CÓMO
CAMBIAR**

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NO SENTIRSE CAPAZ

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FALTA DE TIEMPO

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**FALTA DE APOYO
SOCIAL**

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

**FALTA COORDINACIÓN
CON MI NÚCLEO
FAMILIAR O PAREJA**

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FALTA INICIATIVAS Y
RECURSOS EN MI
COMUNIDAD

Por favor, valora del 0 al 10 el grado de influencia de esta barrera para las familias en la mejora de los hábitos de sus hijos/as:

- 0 = Muy poco influyente
- 10 = Muy influyente

Muy poco influyente

Muy influyente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FALTA DE RECURSOS
ECONÓMICOS

FINAL ENCUESTA

¡Muchas gracias por haber llegado hasta aquí! Nos has ayudado muchísimo y tu aporte tiene un gran valor para nosotros.

Para poder profundizar un poco más y completar nuestro trabajo, te queremos hacer una última pregunta:

Con total sinceridad... **¿Estarías dispuesta/o a recibir una entrevista telefónica de unos 20 a 30 minutos?**

Sí

No

Por favor, completa los siguientes campos:

Entre todas las personas que acepten participar de la entrevista telefónica, haremos una selección al azar.

Número de teléfono:

Días y horarios más adecuados para la entrevista:

¿Querrías recibir los resultados del presente trabajo por correo electrónico?

Si

No

Por favor, completa los siguientes campos:

Correo electrónico:

Protección de datos:

GASOL FOUNDATION le informa de que sus datos personales y las actualizaciones que realice serán tratados de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y subsidiariamente en lo no regulado, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Para ello, ponen en su conocimiento los siguientes puntos:

- El fin de la recogida y tratamiento de estos datos es la gestión de las actividades y servicios que prestan a la entidad.
- La legitimación es el consentimiento de los interesados para la realización de las actividades.
- Respecto a los criterios de conservación de los datos, estos no se conservarán más tiempo del necesario para la actividad para la cual han sido recabados, excepto que exista una obligación legal.
- En cuanto a la comunicación de los datos, los mismos no se comunicarán a otros terceros, excepto obligación legal.

Le informamos de que como interesado tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, a ejercer el derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento, enviando un escrito a GASOL FOUNDATION, Jaume I núm. 26-28, Primer Piso- 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) o por correo electrónico a proteccion.datos@gasolfoundation.org. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en caso de incumplimiento por parte de la entidad.

Comunicaciones por medios electrónicos: según lo establecido en la normativa vigente de la Ley de la Sociedad de Información y Comercio Electrónico, le solicitamos el consentimiento para el envío de información de nuestras actividades, así como el envío de comunicaciones comerciales a través de correo electrónico o medios de comunicación electrónica equivalentes. Se informa al interesado que podrá revocar en cualquier momento el consentimiento del envío de comunicaciones comerciales enviando un correo electrónico a proteccion.datos@gasolfoundation.org.

Autorizo a GASOL FOUNDATION para el envío de comunicaciones sobre la actividad de la Gasol Foundation.

NO Autorizo a GASOL FOUNDATION para el envío de comunicaciones sobre sus actividades.

www.gasolfoundation.org

